

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

512

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Albert BARASCH

Externe des Hôpitaux

INFLUENCE DYSTROPHIQUE

DE

l'Hérédité syphilitique

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM.

{	GARIEL, professeur.
	MARIE, agrégé.
	ROGER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Albert BARASCH

Externe des Hôpitaux

INFLUENCE DYSTROPHIQUE

DE

l'Hérédité syphilitique

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM.

{	GARIEL, professeur.
	MARIE, agrégé.
	ROGER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agréés en exercice :

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA VÉNÉRÉE MÈRE

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A MON FRÈRE JOSEPH

A lui, je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de reconnaissance, pour tous les sacrifices qu'il s'est imposé; je lui dois tout.

Qu'il soit assuré de mon inaltérable affection.

A TOUS MES MAITRES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

A TOUS MES MAITRES

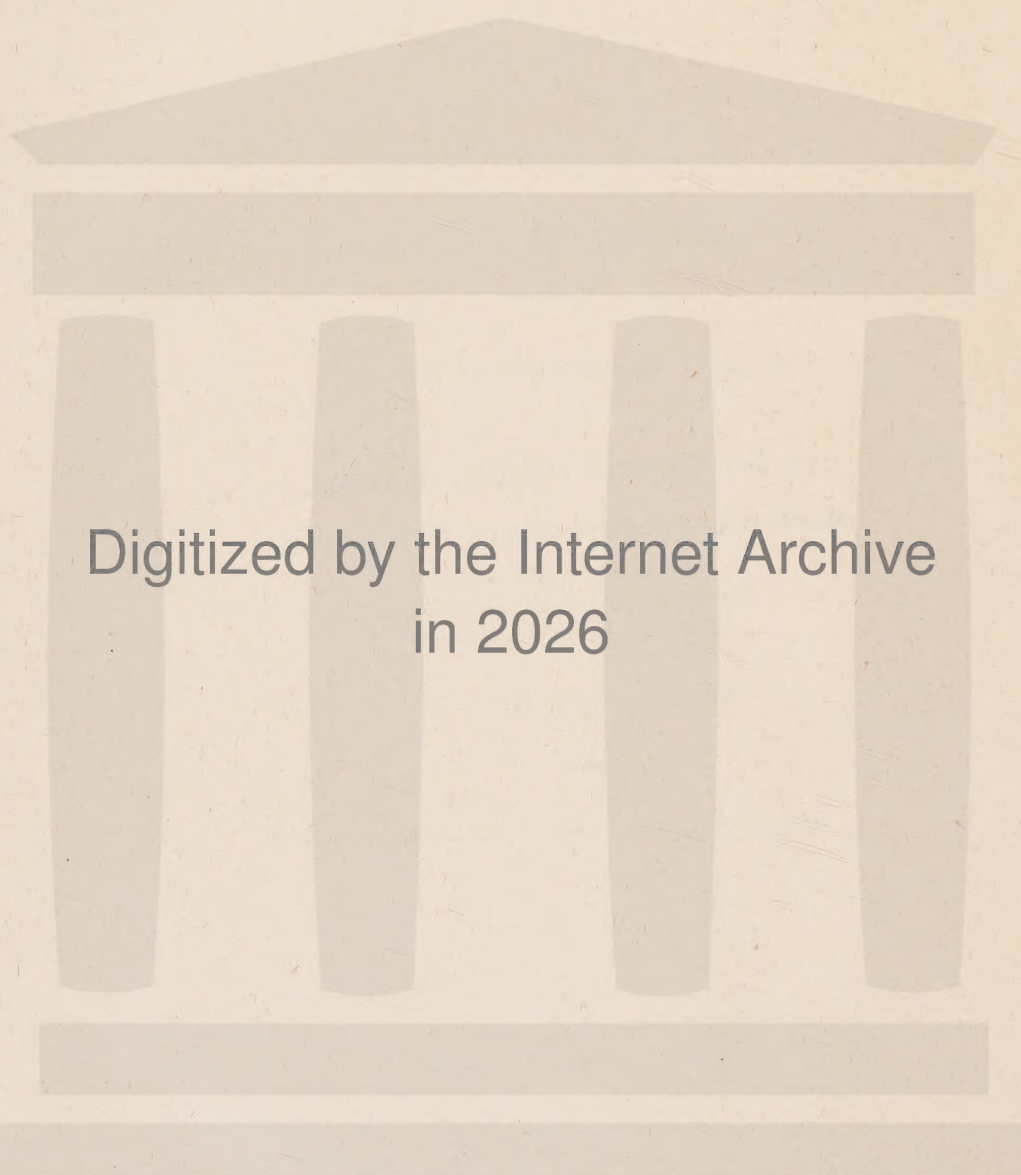
de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'Hôpital St-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0049

Avant-Propos

Au cours de nos études médicales, notre attention a été souvent éveillée par les infirmités nombreuses que présentent parfois les enfants nés de parents syphilitiques ; et nous avons pu constater que si la syphilis est quelquefois grave, épouvantable pour les parents, elle n'est pas moins cruelle pour les enfants qui en naissent.

L'idée nous est venue alors de prendre pour sujet de thèse : l'Hérédité syphilitique.

Mais sur le conseil de notre maître, M. le professeur Fournier, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, et en face des nombreuses difficultés que présentait l'exposition d'un sujet si discuté encore, nous nous sommes borné à l'étude de *l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique*.

Grâce aux encouragements de notre maître et aux abondants matériaux que nous fournissait l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu étudier un grand nombre d'enfants hérédo-syphilitiques et recueillir de nombreuses observations.

Mais comme le cadre d'une thèse ne permet pas de les reproduire toutes, nous nous sommes contenté d'en publier dans ce travail une partie seulement.

Tous les enfants qui font le sujet de ces observations ont été vus et revus par notre maître.

Mais avant d'entrer directement dans notre sujet, nous avons un doux devoir à remplir : c'est celui de remercier

les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Nous gardons un profond sentiment de reconnaissance à nos premiers maîtres de la Faculté de médecine de Bucarest, particulièrement à MM. les professeurs Calendero, Babès, Petrini-Galatz, Petrini-Paul, Severiano, Stoicesco ; nous avons, pendant longtemps, profité de leur enseignement.

Qu'il nous soit permis de remercier bien vivement notre maître, M. le professeur Fournier, de toute la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, en toute circonstance, pendant tout le temps que nous avons passé dans son service ; chaque mot de ce travail est un reflet de son enseignement quotidien. Il nous a fait encore le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de ce modeste travail.

Nous sommes heureux de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance à notre maître, M. le professeur Pinard ; nous lui devons nos connaissances de clinique obstétricale. Que nos maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Tillaux, MM. Lejars, Marfan, Brissaud, agrégés de la Faculté ; MM. Gingeot, Queyrat, médecins des hôpitaux ; M. Stapfer, ancien chef de clinique de la Faculté, veuillent bien agréer tout le témoignage de notre gratitude.

M. le docteur Gastou, chef de clinique de la Faculté, a bien voulu nous prodiguer, en toute circonstance, ses bons conseils ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Enfin, nous ne voulons pas oublier MM. les docteurs Sauvineau, Chompret, ainsi que MM. Brouardel et Canuet, internes des hôpitaux, qui, durant notre séjour dans le service de M. le professeur Fournier, n'ont cessé de nous témoigner leur sympathie et leur bonne amitié.

Introduction

La syphilis héréditaire, comme on le sait, se révèle chez les enfants par des accidents de même nature que ceux déjà présentés par les parents; c'est l'infection spécifique des enfants, consécutive à la maladie des parents, qui peut se manifester, soit dans l'utérus, soit dans la vie extra-utérine d'une manière précoce, ou souvent d'une manière tardive, à l'âge de 3, 15, 18, 30 ans et même plus tard.

Tous ces faits ont été groupés sous le titre de syphilis héréditaire tardive.

Mais plus souvent l'influence héréditaire se manifeste sur la descendance par des symptômes différents de ceux qui ont été présentés par les ascendants, et tous les auteurs sont d'accord pour dire que la syphilis héréditaire offre moins le caractère d'une maladie infectieuse que celui d'un trouble de nutrition et de cachexie.

L'observation journalière des enfants syphilitiques nous en donne la preuve la plus saisissante. Ils se présentent à nos yeux, mal développés, l'œil terne, donnant très peu vie à leur visage de vieillard — ils n'ont pas une de leurs cellules qui n'ait été lésée. Peau, système osseux, viscères, partout des manifestations de la maladie; tout a subi des troubles profonds dans son développement. Les accidents virulents sont souvent minimes; mais ce qui apparaît surtout, ce sont les phénomènes généraux.

Comme Kassovitz et Anton (1) le font remarquer, les enfants hérédo-syphilitiques présentent déjà des arrêts de développement dans l'utérus ; à la naissance on trouve à côté de ces arrêts de développement des signes de dystrophie et de marasme ; la dystrophie et le marasme subsistent même quand les phénomènes virulents ont disparu.

Rien ne saurait mieux donner l'idée de l'état de ces petits malades que la description magistrale qui en a été tracée par mon maître M. le professeur Fournier :

« Ces enfants, dit-il, viennent au monde petits, singu-
» lièrement chétifs et malingres, pauvrement constitués,
» ridés et comme ratatinés, rabougris, vieillots d'aspect,
» suivant l'expression consacrée. On dirait de petits vieil-
» lards en miniature, avec une peau trop large pour les
» contenir sur divers points. Quelquefois encore (signe
» particulier sur lequel j'appelle votre attention), ils pré-
» sentent à la face antérieure des jambes un état d'empâ-
» tement sub-œdémateux des téguments, qui ne glissent
» plus sur les parties sous-jacentes, qui semblent faire
» corps avec le tissu cellulaire et les tissus aponévrotiques
» de la région. Rien autre d'ailleurs de plus particulier
» n'atteste chez ces enfants, sur ces petits vieux, comme
» on les appelle, un état syphilitique bien avéré ; rien
» n'atteste non plus n'importe quelle autre maladie. Et
» cependant du premier coup d'œil, on juge qu'ils ne
» vivront pas. Les nourrices elles-mêmes ne s'y trompent
» pas ; j'en ai vu plusieurs refuser de tels nourrissons,
» qu'elles ne parviendraient pas à élever, disaient-elles. A
» peine, en effet, ces enfants ont-ils la force de téter ;

(1) Cités par Finger. — Arch. f. Dermat. u Syph., 1886, p. 331.

» ils ne tirent pas, nous répètent leurs mères ou leurs
» nourrices ; ils s'endorment sur le sein..... Ces enfants
» ne meurent pas à proprement parler ; ils s'éteignent
» plutôt qu'ils ne meurent. »

Geigel (1) va plus loin encore quand il se demande s'il faut regarder la syphilis héréditaire comme une véritable infection ou plutôt comme un trouble profond constitutionnel débutant avec la vie, et d'un caractère spécifique très faible.

Or, ces désordres profonds, qui auront une influence nocive sur l'enfant, ne sont que le résultat de l'intoxication par le virus syphilitique qui, en troublant la nutrition, entrave l'évolution et aboutit à des formations incomplètes ou à des non-formations. L'ensemble de ces troubles constitue ce qu'on est convenu d'appeler la dystrophie d'origine syphilitique qui fera le *sujet de notre thèse*.

(1) Deutsche Arch. f. Klin. Med., 1880. Bd. XXV.

Pathogénie de la dystrophie

Comment expliquer le mécanisme de la production de la dystrophie ?

La conception actuelle sur les maladies infectieuses va nous en rendre compte.

Dans la syphilis comme dans toutes les maladies infectieuses, sous l'influence du virus, le milieu bio-chimique de l'organisme dans lequel ce virus se développe se trouve altéré, et par suite ses cellules ou groupes de cellules peuvent subir des modifications dans leur bio-chimisme. Ce virus agit donc sur la descendance en ce sens que, sous l'influence des parents, il se produit certaines altérations matérielles dans l'ovule ou dans le sperme, qui vont provoquer une perturbation dynamique, une modification de la nutrition, se reproduisant aussi dans l'organisme du nouvel être.

Les recherches expérimentales récentes de MM. Charrin et Gley (1) ont contribué à jeter une vive lumière sur le mécanisme de la production de la dystrophie. Ces deux habiles expérimentateurs, dans leurs études de l'influence que peut avoir sur la descendance l'imprégnation de l'économie par des produits microbiens divers, notamment par des toxines pyocyaniques, ont vu que les produits de conception, issus de ces animaux intoxiqués,

(1) Compt. rend. Soc. de Biologie. Paris, 1895, p. 705; 727.

présentaient un certain nombre de particularités pathologiques analogues à celles que l'on rencontre comme manifestations héréditaires de certaines maladies, de la syphilis tout spécialement.

Ce que MM. Charrin et Gley ont obtenu avec les toxines pyocyaniques, M. Artault de Verney (1) est arrivé à le produire sur des animaux avec des cultures pures du bacille de la tuberculose humaine ; Moreau (2) a obtenu les mêmes résultats dans ses recherches sur l'inoculabilité des néoplasmes chez les animaux, dont il provoquait ensuite le rapprochement sexuel.

Mais comment expliquer la gravité toute particulière de la dystrophie dans la syphilis héréditaire ?

Elle ressort de deux faits :

1° Du mode d'infection. — La syphilis héréditaire est une syphilis d'origine sanguine ; on sait, d'après Yersin, la différence qui sépare l'évolution anatomique de la tuberculose, suivant qu'elle est inoculée dans les veines ou en d'autres points.

2° Du fait que le poison trouve dans le cas, non un organisme formé, mais un organisme en voie de formation, la syphilis héréditaire, comme l'a fait remarquer M. Hutinel, dans ses études sur le testicule des nouveau-nés syphilitiques, surprend le sujet pendant son développement embryonnaire, à une période où les organes viscéraux sont hors d'état de lutter contre l'irritation d'un sang directement infecté.

A côté de cela, il faut remarquer qu'il existe toujours un certain rapport entre la dystrophie de l'enfant et l'état

(1) Compt. rend. Soc. de Biologie. Paris, 30 novembre 1895.

(2) Compt. rend. Soc. de Biologie. Paris, 7 décembre 1895.

de la syphilis chez les parents ; et au point de vue de l'hérédité, on peut considérer les cas suivants :

1° Le père et la mère sont syphilitiques au moment de la conception de l'enfant ;

2° La mère seule est syphilitique : le père est indemne ;

3° La mère est saine avant comme après la conception ; mais le père était syphilitique quand il a procréé son enfant.

Lorsque l'enfant reçoit la syphilis du père, la mère étant indemne, le fœtus supporte l'influence du virus qui circule dans son organisme propre ; mais en même temps, il reçoit des matériaux nutritifs sains de la mère.

Dans le cas où, au contraire, la mère est contaminée à son tour et récemment, l'enfant subira outre l'influence de son virus propre, l'influence du virus maternel par la voie placentaire. De même, il est naturel de penser qu'une syphilis active, provenant de parents récemment infectés ou ayant des accidents confluents, frappera l'organisme fœtal beaucoup plus profondément qu'une syphilis éteinte chez les parents, par sa durée même ou par des traitements prolongés.

Manifestations de l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis

Nous allons aborder maintenant les diverses manifestations que comprend la dystrophie hérédo-syphilitique pendant la vie intra-utérine et extra-utérine; mais auparavant il nous paraît nécessaire de dire quelques mots sur l'influence de l'hérédo-syphilis sur le placenta qui se caractérise par des lésions placentaires entraînant des troubles dystrophiques plus ou moins graves pour le fœtus. Nous passerons donc en revue :

- 1° L'influence de l'hérédo-syphilis sur le placenta et les troubles dystrophiques qu'elle entraîne;
- 2° Les arrêts, les retards et les imperfections du développement physique ;
- 3° Les malformations congénitales diverses ;
- 4° Le rachitisme ;
- 5° Les arrêts de développement intellectuel.

INFLUENCE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS SUR LE PLACENTA

1° *Syphilis placentaire.* — La première phase de l'influence hérédo-syphilitique est caractérisée par ce qu'on est convenu d'appeler la syphilis placentaire; ici c'est le placenta qui est le premier atteint par le virus

syphilitique, et les lésions qu'il présente sont quelquefois les causes qui déterminent dès le début, des avortements et plus tard des accouchements prématurés.

La syphilis placentaire a été bien étudiée, surtout dans ces dernières années, et on s'accorde presque à reconnaître aujourd'hui qu'à côté des troubles de la santé de la mère, et des lésions graves que la syphilis produit chez le fœtus dans l'utérus, la cause principale des avortements et des accouchements prématurés paraît résider dans le placenta.

Fraenkel (1), dans un mémoire fort bien étudié et basé sur 16 observations, conclut en affirmant qu'il existe bien un placenta syphilitique possédant des caractères spéciaux, pour ainsi dire spécifiques, caractères qu'on ne rencontre que dans les cas de syphilis fœtale, congénitale ou héréditaire.

Le même (2) a décrit la maladie de la portion fœtale du placenta sous le nom de *granulôme déformant des villosités placentaires* (Granulations wucherung). Il s'agit d'une infiltration compacte des petites cellules des villosités. Celles-ci deviennent lourdes, massives et finalement la dégénérescence graisseuse les rend inaptes à leurs fonctions. Les vaisseaux placentaires sont, en outre, envahis par de l'infiltration gommeuse qui, en comprimant les vaisseaux, entraîne la dégénérescence graisseuse des villosités, met obstacle à l'échange des matériaux entre le fœtus et la mère, et peut amener par sa grande expansion la mort du fœtus. Des lésions d'endartérite, de thrombose, ont été notées

(1) Placenta syphilis. Arch. f. Gynäköl, 1873. Bd. V.

(2) Cité par Finger. — La Syphilis et les maladies vénériennes. Trad. par Doyon et Spillmann. Paris, 1895.

par Zilles (1), par Kleimwachter (2), par Thiel (3), des maladies de vaisseaux ombilicaux, par Oedmanson ; souvent même l'association de toutes ces lésions a été observée par Pédicini (4).

Macdonald (5), après Fraenkel, conclut à l'existence d'un placenta syphilitique ayant des lésions constantes, mais établit une différence dans ces lésions suivant que la syphilis est d'origine paternelle ou maternelle.

Dans le premier cas, c'est surtout d'après lui la portion fœtale du placenta qui offre la plupart des lésions. Celles-ci consistent en ce que les villosités fœtales subissent un travail hyperplasique et que leur volume est augmenté ; les vaisseaux sont le point d'origine et le centre de ces lésions, et le tissu cellulaire qui les entoure présente un grand développement. Le calibre des vaisseaux s'efface ainsi, et de leur oblitération résulte l'atrophie et la disparition du tissu villex.

Lorsque la syphilis est d'origine maternelle, elle s'attaque au contraire à la partie maternelle du placenta.

La mort du fœtus serait due, d'après lui, à une anhématose progressive à ces altérations. Depuis longtemps déjà mon maître, M. le professeur Pinard, a appelé l'attention sur un caractère macroscopique important du placenta syphilitique, c'est-à-dire sur l'hypertrophie de ce placenta.

Correa Dias (6), Zilles (7) et Bridier (8) insistent surtout sur les caractères macroscopiques des placentas des mères syphilitiques.

(1) Mitth. aus der Geburtsh. Klin. in Tübingen, 1885.

(2) Prager Viertljsh., 1872, p. 130.

(3) Ueber Placentar syphilis. Dissert. Wurzburg, 1889.

(4) Nuovo ricerche sulla sifilide placentare. — Progr. Medico, 1887, p. 2-18.

(5) Syphilitic placenta. British. Med. J., 1875, p. 234.

(6) Thèse de Paris, 1895.

(7) Loc. cit.

(8) Thèse de Paris, 1893.

D'après ces auteurs, le placenta syphilitique est hypertrophié, volumineux, d'aspect blanchâtre, mou et friable. La pression des doigts y laisse de profondes dépressions, de vrais trous, ou bien le réduit en fragments. Il existe un défaut de parallélisme entre le poids du placenta et celui du fœtus; le placenta, plus lourd qu'à l'état normal, représente le quart du poids du fœtus au lieu du sixième.

Ribemont-Dessaignes et Lepage insistent aussi sur l'hypertrophie placentaire dans la syphilis. Schwabe (1), dans son excellent travail sur la syphilis placentaire, dans un coup-d'œil d'ensemble sur les travaux qui ont paru avant lui sur les lésions du placenta dans la syphilis, donne un tableau succinct des lésions les plus fréquentes et les plus constantes rencontrées par la majorité des observateurs, et arrive à ces conclusions, que la syphilis, lorsqu'elle est active, et qu'elle se transmet au fœtus pendant la vie intra-utérine, produit dans le placenta des lésions constantes caractérisées par une véritable cirrhose placentaire d'origine embryonnaire.

D'après cet auteur, les lésions du placenta peuvent suffire à expliquer souvent la mort du fœtus *in utero*, ou son état cachectique, par une anoxémie qu'elles provoquent; d'où l'explication des accouchements prématurés, si fréquents dans la syphilis. Le placenta syphilitique, par les troubles profonds de circulation qu'il provoque, gêne, et la nutrition et l'hématose du fœtus: son champ respiratoire et son champ nutritif sont amoindris; et suivant l'étendue et l'intensité de ces lésions placentaires, le fœtus peut donc mourir, avant son terme normal d'évolution, d'inanition et d'asphyxie; il succombe, en

(1) Thèse de Paris, 1896.

un mot, à l'anoxémie. Quand les lésions vasculaires sont peu diffuses ou peu accusées, le fœtus naîtra, vivant encore, mais chétif, inapte à vivre longtemps.

2° *Syphilis fœtale*. — A la syphilis placentaire succède la syphilis fœtale et de l'une et de l'autre résultent alors des accidents, tels que fausses couches et accouchements prématurés, manifestations diverses de l'avortement.

L'hérédo-syphilis exerce aussi son influence dystrophique sur les enfants vivants qu'elle tue fréquemment à des époques plus ou moins rapprochées de la naissance ; la mort survient tantôt au milieu d'accidents spécifiques et on trouve des lésions susceptibles de l'expliquer ; tantôt elle arrive subitement, sans bruit : des enfants paraissant d'abord forts et bien constitués succombent dans les premiers jours de la vie en pleine santé apparente, sans qu'à l'autopsie l'examen le plus minutieux puisse relever aucune lésion capable d'expliquer la mort (1). « Ce sont ces enfants », dit M. Fournier, « qui meurent en raison d'une certaine dystrophie générale ; ils ne reçoivent pas le degré de force, d'énergie, de résistance organique, qui rend apte à la vie ; c'est qu'ils sont comme enrayés dans leur développement vital par une sorte de dystrophie native ».

Si nous représentons par des chiffres cette influence désastreuse, essentiellement meurtrière pour le fœtus soit avant la naissance, soit quelques semaines ou quelques

(1) Barthélemy, sur 27 autopsies d'enfants hérédo-syphilitiques mort-nés ou à terme, 14 fois n'a trouvé aucune lésion ni à l'examen macroscopique ni à l'examen histologique (Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil. Paris, 1890, p. 174-176).

Rennard Martin (Thèse de Paris, 1896, p. 51), croit que le retentissement de la syphilis sur l'enfant, qu'elle tue dans la cavité utérine, ou dont elle arrête le développement, doit être recherché, bien plus dans le poison spécifique lui-même que dans les lésions placentaires qu'elle détermine ; il est possible qu'elles interviennent quelquefois, mais on ne pourrait dire dans quelles proportions.

mois après. la statistique nous fournit les renseignements suivants :

D'après M. Fournier (1), la mortalité infantile (comprenant celle des avortements et celle qui se produit au delà de l'accouchement) est de 42 % (clientèle privée) ; de 84 % (St-Louis) ; de 86 % (Lourcine), en moyenne 63 enfants sur 100 grossesses.

Blaise (2) donne une moyenne de 36.8 % comme proportion des accouchements avant terme chez les femmes syphilitiques d'après les statistiques qu'il a recueillies. Mais il reconnaît lui-même que cette proportion est trop faible, si on l'applique aux femmes qui, au moment de la conception, étaient en pleine évolution syphilitique, et à celles qui, pendant les premiers mois de leur grossesse, ont éprouvé une poussée intense de leur maladie.

D'Aulnay (3) donne comme moyenne d'avortements dus à la syphilis 45 %, d'après les statistiques suivantes des divers auteurs :

Ruge.	83,5 %	Fournier.	46 %
Stolz.	67 %	Le Pileur (Lourcine). .	36 %
Potton.	10 %	Rafinesque.	74 %
Arnette.	11 %	Blaise	33,6 %
Whitedead.	45 %	Le Pileur (St Lazare). .	78,4 %
Weber.	20 %	Krykus.	26 %

Quand il s'agit de statistiques qui portent sur la polymortalité de jeunes enfants, résultant de la mort du fœtus et de l'enfant, la moyenne est encore plus élevée.

Ainsi, Fournier et Julien, dans leurs statistiques, montrent que la mortalité après la naissance est encore plus grande que les avortements.

(1) Hérité syphilitique. Paris, 1891, p. 303.

(2) Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

(3) Arch. de Tocol. décembre 1894.

Fournier, sur 475 morts, donne :

Morts en bas-âge	245
Avortements	} 230
Mort-nés	

Parfois la polimortalité est épouvantable et l'on peut citer des familles où l'hérédité syphilitique a fait table rase, comme dit M. Fournier : autant de naissances, autant de décès. « La vérole tue les jeunes et les tue par de véritables hécatombes. »

D'après Trousseau, tous les hérédosyphilitiques meurent.

Pour Zeisel (1) la mortalité serait de 213 cas. D'après Weiderhofer (2), pour tous les enfants hérédosyphilitiques surtout ceux nés avant terme, la mortalité est de 99 %₀, quand ils ne sont pas nourris au sein.

Kassowitz accuse une proportion de 34 %₀.

Henoch (3), note comme perdus tous les hérédosyphilitiques nourris au biberon.

Neumann (4) de Vienne, considère la syphilis héréditaire comme une des plus affreuses maladies qui, sauf peu d'exceptions, tue presque tous les enfants.

Violet (5), a observé que sur 31 enfants nourris au biberon, tous sont morts dans les premiers 4 mois.

Hochsinger (6), sur 64 enfants appartenant à diverses classes de la société, a eu malgré le traitement 33 morts dans les premiers 6 mois.

(1) Traité des maladies vénériennes, p. 692.

(2) Klinische Vorlesungen. Wiener allgem. med. Ztg., 1886.

(3) Cliniques de 1881, p. 105.

(4) Congrès international de 1889.

(5) Thèse de Paris, 1874, p. 58.

(6) Die Schicksale Kongenitaler. Syph. Kinder. Wiener Med. Woch., 1889.

ARRÊTS OU RETARDS DE DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE

Quand on étudie les enfants nés de parents syphilitiques, on est frappé aussitôt de ce fait que ces enfants, le plus habituellement, semblent avoir été arrêtés dans leur développement ou avoir subi un développement incomplet. Dès le premier âge, les mères vous disent : « leur développement, leur croissance présentait quelque chose d'anormal ; ils ont grandi lentement, péniblement ; *ils n'arrivaient pas à grandir* ; ils ont marché *tard* ; l'apparition de leurs dents s'est faite *tard* ; ils ont parlé *tard*, etc. ».

Dans une belle observation de MM. Barthélémy et Parinaud, citée par M. Fournier et relative à une syphilis cérébrale qui simulait une méningite tuberculeuse, un enfant né d'une mère syphilitique ne commençait à marcher que vers 27 ou 28 mois ; à deux ans, il ne parlait pas encore.

Mon malade, cité par Critchett (1), ne commençait à marcher qu'à l'âge de 4 ans.

Dans un cas relaté par Piper (2), l'enfant ne marchait pas et ne parlait pas encore à 4 ans.

Mes recherches personnelles, faites dans le service de mon maître, M. le Professeur Fournier, viennent à l'appui de ce fait.

Ainsi, une de mes malades (Obs. VIII) n'a parlé qu'à

(1) Med. Times et Gaz. London, 1860.

(2) Zur Actiologie der Idiotie. Berlin, 1893.

18 mois et à cet âge elle n'avait encore aucune dent ; à cinq ans seulement elle ébauchait ses premiers pas.

Un autre enfant (Obs. VII) avait plus de 2 ans quand il a commencé à parler et ne marchait pas encore à 3 ans.

La lecture des observations annexées à ce travail, éclaircit suffisamment ce point pour que je n'insiste pas davantage. Au-delà du premier âge les hérédosyphilitiques continuent à grandir avec une lenteur extrême : aussi quand la croissance est terminée, sont-ils ordinairement de petite taille, au-dessous de la moyenne ordinaire : ce sont de petits hommes ou de petites femmes.

M. Fournier l'a prouvé par des mensurations prises sur des malades à l'âge adulte.

Voici le résultat de quelques-unes de nos observations personnelles :

	AGE	TAILLE DES MALADES	TAILLE MOYENNE NORMALE
Jeune fille (Obs. 8)	21 ans	1 ^m 33	1 ^m 60
Jeune homme (14)	15 —	1 35	1 51
Garçon (11)	13 —	1 34	1 42
id. (12)	7 1/2	1 12	1 14
id. (13)	11 —	1 20	1 32
Fillette (16)	9 1/2	1 12	1 22

Le même retard peut être constaté pour le développement de certains organes ; les testicules restent petits, rudimentaires, comme ceux d'un enfant — infantiles en un mot ; retard dans l'apparition des poils à la région génitale et axillaire : s'agit-il d'une fille, retard de développement des seins et même absence de développement

de ces organes; — retard des fonctions menstruelles, etc., etc.

Par exemple : une de mes malades n'a été réglée qu'après 19 ans ; une autre, à 16 ans, n'était pas encore réglée, alors que l'âge moyen de l'apparition des règles, en France, pour les filles bien portantes, est de 13 ans.

Tous ces retards de développement donnent l'aspect infantile à des sujets même déjà adultes. Aussi se trompe-t-on souvent sur l'âge chez ces malades : « Ils ne portent pas leur âge, comme on a l'habitude de le dire. »

Lewin, cité par Fournier, relatant un cas de syphilis héréditaire tardive, dit que son malade, jeune homme de 18 ans, faisait l'impression d'un enfant de 12 à 14 ans.

Klinck (1) cite un cas semblable relatif à un jeune homme de 19 ans « qui semblait en avoir 12 ».

Un de mes malades, âgé de 16 ans était d'aspect si infantile qu'on ne lui aurait pas donné plus de 11 ans ; et l'administration de l'hôpital s'est refusée à le recevoir dans un service d'adultes

Chez une jeune fille de 21 ans, la taille était tellement réduite et la gracilité des formes était telle que la malade nous affirmait qu'on ne lui donnait jamais plus de 14 ans.

Duncan Bulkley (2) rapportant le cas d'une jeune fille âgée de 23 ans dit que cette malade était « absolument non développée, » qu'elle n'avait rien de son âge, ni comme taille, ni comme habitus général et qu'elle paraissait ne pas avoir plus de 11 à 13 ans.

L'infantilisme est donc souvent un des traits les plus

(1) Arch. of Dermatology, 1878, p. 189.

(2) Arch. of Dermatology, 1878, p. 423.

caractéristiques de la syphilis héréditaire ; mais il est loin d'être constant et il se retrouve aussi dans d'autres maladies.

Brissaud (1), décrivant l'infantilisme chez les myxœdémateux, donne le tableau suivant d'un cas observé chez un adulte : « Les organes génitaux sont rudimentaires, la verge n'est encore qu'à l'état de promesse ; les testicules, bien conformés et descendus dans les bourses, sont ceux d'un petit garçon ; il n'y a pas un poil au pubis. »

Il a été constaté aussi chez les idiots, les imbéciles, les arriérés, par Bourneville, Sollier, Féré ; chez les crétins et les goitreux par Brissaud.

Depuis longtemps déjà, l'infantilisme a été signalé chez les tuberculeux par Lorrain (2).

Même la syphilis acquise, comme certains cas paraissent le prouver, peut réaliser l'infantilisme comme la syphilis héréditaire quand elle est acquise dans le très jeune âge (3).

D'après Meige (4), il se rencontre associé à toutes les maladies dystrophiques, à toutes les affections qui sont

(1) Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses. Salpêtrière, 1893-94, p. 625.

(2) in : Faneau de la Cour. — Thèse de Paris, 1871.

(3) Un cas cité par Danlos (Ann. de Derm. et Syph. 1896, p. 368) a trait à un enfant âgé de 15 ans qui a été contaminé à l'âge d'un an par sa mère qui avait contracté la syphilis en allaitant un nourrisson. L'enfant est physiquement très mal développé, l'intelligence est nulle, les organes génitaux sont ceux d'un enfant de 6 à 8 ans. Les testicules ont le volume d'un gros pois ; absence complète de poil sous les aisselles et au pubis.

Un cas analogue a été publié par nous et M. Eudlitz (Ann. de Dermat. et Syph. Séance du 9 avril 1896).

Il s'agit d'un homme de 24 ans suivi dès la première enfance par M. Fournier ; il avait été contaminé à l'âge de 2 mois par sa mère qui elle-même avait été infectée par un nourrisson. Il est de petite taille ; ses organes génitaux sont complètement atrophiés ; la verge est celle d'un jeune enfant ; les testicules ont le volume d'un petit haricot ; il n'a absolument aucun poil ni à la face, ni aux aisselles, ni à la région pubienne.

(4) Henri Meige. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1895, p. 219. idem. Anthropologie, 1895, p. 257, 414, 529.

sous la dépendance d'une perturbation congénitale du système nerveux.

Mais l'influence dystrophique, exercée par l'hérédosyphilis sur le développement de l'enfant, peut aller plus loin, jusqu'à créer des êtres remarquablement petits et grêles, à l'aspect rabougri, atrophiés, et même la réduction de la taille et l'exiguité des formes peuvent s'abaisser jusqu'au *nanisme*.

Guyon, cité par Fournier, a vu un sujet, âgé d'une vingtaine d'années, que, très rigoureusement, on pouvait qualifier de nain. Il était né d'un père et d'une mère qui ne présentaient absolument rien que de normal comme taille et comme constitution, appartenant à un milieu bourgeois, aisé, d'où étaient exclues toute cause de dépression et de déchéance organique. Mais le père avait été affecté de syphilis peu de temps avant son mariage. M. Guyon considère ce cas de nanisme comme provoqué par l'hérédosyphilis.

M. Fournier cite un autre cas : celui de Bébé, le nain célèbre du roi Stanislas 1^{er} (ex-roi de Pologne, plus tard duc de Lorraine), dont le crâne présentait les lésions osseuses typiques de l'hérédosyphilis :

« A sa naissance, dit-on, il pesait 15 onces (environ 450 grammes) et un sabot à demi rempli de laine fut son premier berceau. Quand il eut atteint sa croissance, vers sa quinzième année, il avait deux pieds comme taille et pesait 9 livres 1/2. Il mourut de vieillesse à 25 ans. Son intelligence était peu développée. On ne put jamais lui apprendre à lire.

Rohrer (1) relate le cas d'un nain, né d'un père syphi-

(1) Archiv f. Anat. u. Physiol., 1885, p. 197.

lique, qui fut atteint à l'âge de 11 ans d'un arrêt de développement dans la croissance, à tel point qu'à 22 ans, sa taille ne mesurait guère que 1^m20.

La voix était tout-à-fait celle d'un enfant ; les organes génitaux étaient à l'état rudimentaire comme chez un enfant de 5 à 7 ans ; le corps était entièrement glabre.

C'est de même encore dans la syphilis héréditaire que l'on observe de curieuses dystrophies portant, d'après les travaux de M. Robin (1), sur les os qui restent pauvres en éléments essentiels, nobles, du tissu osseux (phosphate et carbonate de chaux associés à l'osséine). L'élément aqueux, c'est-à-dire l'élément indifférent, secondaire, s'élève au contraire jusqu'à une proportion relativement prédominante.

Mais, bien plus, le sang peut être appauvri dans ses éléments principaux, dans l'hémoglobine ; et l'on peut constater une diminution dans le nombre des globules rouges.

Déjà M. Lancereaux avait signalé dans le sang des hérédo-syphilitiques une prolifération cellulaire marquée. Cette modification du sang est connue depuis les travaux de Jaksch (2), sous le nom de pseudo-leucémie des enfants. Loos (3) a même considéré cette pseudo-leucémie comme caractéristique des formes graves de la syphilis héréditaire, qui parfois peut créer une véritable leucémie des nouveau-nés, comme dans les cas relatés par Baginsky (4), par Monti et Berggruen (5), ainsi que par Hochsinger.

Mais les anomalies de développement provoquées par

(1) Cité par Fournier. — Affect. parasymphilitiques. Paris, 1894.

(2) Ueber Leukämie und Leukocytose in Kindesalter. — Prag. Med. Woch., 1890, n° 22, 23.

(3) Die Anämie bei hereditärer syphilis. Wien. Klin. Woch., 1892, n° 20.

(4) Traité des maladies des enfants III^e édition, 1889, p. 287.

(5) Die chronische Anämie in Kindesalter. Leipzig, 1892, p. 77.

l'hérédo-syphilis peuvent se manifester aussi par un excès de croissance quand le tissu osseux a subi *ab ovo* une perturbation trophique ; elle va créer des géants, mais qui malgré leur croissance exagérée garderont de l'enfant les formes extérieures.

De pareils exemples sont assez nombreux dans la littérature médicale ; nous en relaterons quelques-uns,

S. Sirena (1) a fait l'examen du cadavre d'un Egyptien mort à Palerme le 27 avril 1892 dont la taille était de 2^m40.

Cet auteur croit que la syphilis aurait été la cause du développement anormal du système osseux et des nombreuses exostoses que l'individu présentait. On observait sur le squelette en dehors d'un énorme développement de tous les os, une cyphose légèrement angulaire correspondant aux 5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales ; de graves lésions d'ostéopériostite poreuse diffuse, spécialement du frontal, du temporal droit, de l'occipital, du sphénoïde, des maxillaires supérieurs et inférieurs, des os du nez, de plusieurs côtes ainsi que de l'os iliaque et du fémur droit. Les organes génitaux étaient très petits, le cerveau était déformé, petit, avec le lobe frontal réduit.

Il avait en outre du *microdontisme*.

• Sirena rapporte le début de ces déformations à la première enfance ; il croit qu'il ne pouvait s'agir que d'une syphilis héréditaire pour les deux raisons suivantes : l'individu ne présentait pas les signes d'une syphilis acquise et il remarquait sur lui la triade d'Hutchinson.

Un autre cas relaté par Nobl (2), il s'agit d'un homme

(1) Riforma medica 1894, p. 783.

(2) Nobl.—Wiener Medizinische Presse, 1895, p. 1106, n° 28.

de 26 ans dont une série de stigmates offrait le tableau d'un syphilitique héréditaire.

Son père avait eu la syphilis 40 ans auparavant. Sa mère avait eu plusieurs fausses couches. De 12 enfants 9 étaient morts en bas âge, et parmi les 3 enfants survivants, il avait une sœur épileptique.

Ce jeune homme présentait un grand développement du squelette qui portait principalement sur les diaphyses des tibias, remarquables par leur longueur excessive. On observait aussi une augmentation notable des épiphyses du coude et de la main, ainsi qu'une dilatation en massue de la dernière phalange des doigts. Il avait en outre une albuminurie intense ($6 \frac{1}{2}$ gr. ‰) qui, à défaut de toute autre étiologie, devait être attribuée à l'infection syphilitique.

Un autre cas de gigantisme, avec syphilis héréditaire certaine est relaté par Fuchs (1).

Homme ; 26 ans ; taille 1^m,88 ; poids 88 kil. Les parents du malade vivent encore ; le père, alcoolique, a eu un chancre avant son mariage.

La mère qui est atteinte d'une maladie de cœur chronique a eu 6 avortements et 7 enfants. De ces 7 enfants, il n'en reste que 3 ; l'un d'eux est mort de syphilis à 1 an ; un autre d'épilepsie à 16 ans, 2 filles après leur naissance sans cause bien déterminée. Parmi les enfants vivants, une fille était paralysée dans son enfance ; un autre a eu une ostéomyélite et la vision de l'œil droit affaiblie à la suite d'une kératite.

Le malade en question présente comme caractère particulier les membres du côté droit plus développés que ceux du côté gauche ; il est entièrement imberbe,

(1) Fuchs. — Wiener Klinische. Wochenschr., 1895.

ce qui lui donne l'aspect d'un enfant et fait contraste avec le développement considérable du corps. Les organes génitaux ne sont pas très développés, les dents petites mais pas déformées. En outre, il avait une maladie des reins qui paraissait être syphilitique. Cette maladie s'était amendée sous l'influence du traitement spécifique.

Il avait des cicatrices aux commissures des lèvres.

Buhl (1) a présenté à Munich un géant de 2^m35 de haut qui portait des exostoses et des hyperostoses des 2 mâchoires ; il mourut d'une compression cérébrale.

M. Fournier dans ses leçons a relaté aussi le cas d'un géant qui présentait des stigmates évidents d'hérédosyphilis.

Quelquefois l'exagération de la croissance n'est que partielle et reste limitée seulement à quelques parties du corps ; ainsi :

Werther (1) décrit le cas d'un garçon de 16 ans syphilitique héréditaire avéré, dont la partie supérieure du corps était semblable à celle d'un enfant, tandis que les membres inférieurs étaient gros et longs comme ceux d'un adulte.

Un malade de Smirnoff (2) hérédosyphilitique présentait une hypertrophie notable du pied gauche par rapport au pied droit.

Des cas analogues ont été cités par Lang (3), Schede (4), Ivachinsthal (5).

(1) Médecine moderne, 1835, p. 235. — Un cas de gigantisme.

(1) Deutsche Med Wochens., 1891, n° 25.

(2) Monatshefte. f. praktische Dermatologie, 1888, n° 7.

(3) Vorlesungen über Pathologie und Therapie, 1^{re} éd., p. 472.

(4) Congrès des Chirurgiens allemands, 1877.

(5) Société berlinoise de Dermatologie. Séance du 14 novembre 1893.

Gangolphe (1), qui attribue à la syphilis osseuse héréditaire une influence de retard sur la croissance, dit que les cas d'allongement des os sont plus rares.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DIVERSES

L'hérédo-syphilis peut être l'origine de diverses malformations congénitales, telles que : malformations des membres, des doigts; malformations crâniennes, oculaires, nasales, dentaires; bec-de-lièvre; hydrocéphalie; pied-bot, etc.

Malformations des membres et des doigts. — Certainement, beaucoup de monstruosités du squelette peuvent dériver de l'hérédo-syphilis.

M. Fournier (2) cite le cas d'une malformation intéressante chez un hérédo-syphilitique : il présentait un médius raccourci; le doigt était remplacé par une seule phalange, la troisième.

M. Gastou (3) relate le cas d'un enfant hérédo-syphilitique qui présentait au bras gauche une malformation tout-à-fait particulière : au-dessous de l'articulation du coude gauche, le bras se terminait par un véritable moignon. Les deux tiers inférieurs de l'avant-bras manquaient et avaient toujours manqué. L'enfant est venu ainsi au monde.

Legrain (4), ayant remarqué depuis plusieurs années

(1) Localisations osseuses hérédo-syphilitiques tardives. Arch. prov. de Chirurgie. Paris, 1893, p. 1-24.

(2) Fournier. — Ann. de Dermat. et Syph., 1895, p. 1011.

(3) Gastou. — Ann. de Dermat. et Syph., 1895, p. 1011.

(4) Legrain. — Société de Biologie. Paris, 13 juillet 1895.

la fréquence relative des malformations des doigts chez les indigènes de l'Algérie, et connaissant d'autre part l'extrême fréquence de la syphilis dans les tribus, a recherché systématiquement les stigmates de la syphilis héréditaire chez les indigènes porteurs de ces manifestations.

Il relate quelques observations intéressantes des malformations des extrémités, chez des indigènes porteurs de lésions manifestement hérédo-syphilitiques qu'il résume et que nous reproduisons ici :

Obs. I. — Arabe saharien, 20 ans ; rachitique ; genu-valgum, malformation dentaire, gomme crânienne.

Main droite : Syndactylie de l'index et du médius, absence de la phalange onguéale dans l'annulaire.

Main gauche : Atrophie notable de la phalange onguéale du médius.

Obs. II. — Kabyle, 40 ans. Déformations caractéristiques du tibia. Palais en ogive. Malformations dentaires. Malformations des mains. Perochosis avec fusion des doigts. Malformations des pieds. Peropus.

Obs. III. — Enfant six mois. Syphilides papuleuses de la face. Syphilis certaine chez les parents. Malformation du pied droit, qui n'a que trois doigts.

Obs. IV. — Arabe, seize ans ; syphilide gommeuse du front.

Pied droit : il existe deux pouces avec squelette osseux distinct et syndactylie des deux pouces des deuxième et troisième doigts, des quatrième et cinquième doigts.

Pied gauche : Syndactylie des troisième et quatrième doigts.

Obs. V. — Arabe, 12 ans. Père manifestement syphilitique, porteur d'ulcérations tertiaires en voie de guérison par l'iodure. Malformations dentaires ; microdontisme.

Enfin, chez deux enfants européens hérédo-syphilitiques, il a rencontré chez l'un un pouce de pied supplémentaire et chez l'autre une *atrophie très prononcée du bras*.

Une déformation curieuse du squelette est rapportée par Vergely (1) ; il s'agit d'une femme de 29 ans qui

(1) Société d'Anat. et Physiol. de Bordeaux. Séance du 18 novembre 1895.

présentait des déformations des mains, qui, prises dans leur ensemble, ne dépassaient pas le volume des *mains d'un enfant de 8 à 10 ans*. A chaque main il y avait un doigt dont la longueur dépassait celle des autres plus qu'on ne le voit à l'état normal. Et ces différences de longueur paraissaient surtout aux métacarpiens. En outre, elle présentait des exostoses à la partie interne et à la partie externe de l'extrémité supérieure du tibia placées symétriquement sur les deux membres.

La malade disait que ces lésions ont évolué de 3 à 14 ans. Elle a marché seulement à 3 ans 1/2 ; et sa dentition, très tardive, est toujours restée défectueuse.

Bien qu'on ne trouve pas d'antécédents syphilitiques chez les parents, Vergely pense que le diagnostic ne doit guère hésiter entre le rachitisme et l'hérédo-syphilis. Les signes de rachitisme osseux faisant défaut, il faut attribuer ces malformations à un arrêt de développement causé par l'hérédo-syphilis.

Comme l'observe Legrain, la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les gens atteints de malformations ne peut pas être mise sur le compte de coïncidences. La syphilis semble avoir eu un rôle dans la production de ces malformations.

Que la malformation soit le fait d'un arrêt de développement ou de la persistance d'un état fœtal, il y a dans tous les cas une cause primordiale qui atteint l'embryon en voie de développement et produit une déviation dans le rythme de l'évolution du germe.

Tout en admettant les causes que les auteurs ont invoquées pour expliquer ces malformations et qui sont :

1° Les altérations de l'amnios ou ses arrêts de développement entraînant des compressions (Dareste) ;

2° Les adhérences ou brides placentaires et amniotiques (Geoffroy Saint-Hilaire) ;

3° Les altérations pathologiques du fœtus (Lannelongue), nous croyons, ainsi qu'on est porté à l'admettre depuis quelques années, que le rôle étiologique dans la production des monstres et des malformations doit être rattaché aux toxines microbiennes.

La syphilis, d'un côté, peut produire des lésions placentaires diverses, comme nous l'avons vu plus haut ; elle peut causer l'hydroamnios, comme il ressort, d'une manière presque certaine, de l'excellent travail de M. Bar (1). Quant aux altérations pathologiques du fœtus, on sait avec quelle fréquence elles se produisent dans la syphilis ; on pourrait dire qu'aucun organe n'est épargné.

D'autre part, grâce aux travaux de MM. Gley et Charrin (2), nous sommes arrivé à comprendre un peu mieux le mécanisme de ces malformations.

Ce que la syphilis produit comme malformations, ces savants expérimentateurs l'ont réalisé avec des toxines pyocyaniques ; les jeunes provenant de parents intoxiqués présentaient des malformations très diverses, à savoir : malformations osseuses, malformations des membres (telles qu'absence d'un pied, remplacé par un moignon informe, à squelette rudimentaire ; malformations des oreilles, leur absence, etc.

On pourrait donc dire que, sans être la cause unique des malformations, la syphilis en serait toujours une cause fréquente.

(1) Thèse de Paris, 1881.

(2) Op. cit.

MALFORMATIONS CRANIENNES ET NASALES

La dystrophie hérédo-syphilitique atteint les os en pleine activité de développement et imprime à ce développement une direction fausse et viciée, produisant des déformations permanentes et incurables.

Ces dystrophies portent surtout sur les os du crâne et du nez ; le front est particulièrement affecté. Tantôt la déformation porte sur l'ensemble du front, sur les deux dimensions. Le front devient proéminent, en masse, en totalité sur toute son étendue « front olympien ». Cette forme de front est assez commune chez les hérédo-syphilitiques, plus ou moins atténuée. Tantôt, sur un front normal ou proéminent, il se produit de chaque côté de la ligne médiane des soulèvements latéraux, sous forme de mamelons aplatis, comparables à des bosses, et qui sont régulièrement symétriques en constituant le front à bosselures latérales, forme plus fréquente encore que la précédente. Quelquefois, la malformation siège sur la ligne médiane, et présente une saillie plus ou moins accentuée qui suit le trajet de la suture médio-frontale. La malformation est dite en carène, et constitue une variété presque exceptionnelle. D'autres fois, les bosses pariétales, devenues proéminentes, sont séparées par une sorte de gouttière antéro-postérieure du sinciput, le diamètre transversal du crâne s'exagère naturellement, d'où le nom de crâne natiforme que Parrot a donné à cette malformation. D'autres causes peuvent concourir à produire diverses déformations crâniennes, l'asymé-

trie et l'hydrocéphalie qui peuvent déformer le crâne à des degrés divers. Mais les déformations du crâne s'accompagnent le plus souvent d'autres déformations de la face, qui ne sont pas autre chose, pour la plupart, que l'expression d'un développement imparfait du squelette.

En première ligne, ce sont les déformations nasales décrites ainsi par M. Fournier. « Dans les cas les plus usuels, dit-il, la base du nez est élargie en même temps que déprimée ; c'est-à-dire que le dos du nez, immédiatement au-dessous de l'épine du frontal, se présente, non pas convexe, mais plat et épaté. Supposez que sur un buste de terre glaise encore fraîche, on vienne à aplatir la base du nez en l'écrasant avec la pulpe du pouce, et vous aurez une idée exacte, ce que j'essaie de vous décrire. Bref le nez, ainsi altéré de forme, est ce qu'on appelle vulgairement un nez camard du bas ». Cette difformité résulte d'un trouble congénital survenu dans le développement des os du nez, et non d'une nécrose comme dans la syphilis acquise. C'est à des perturbations de même nature, c'est-à-dire à un inégal développement de différents os, que l'on peut rattacher l'asymétrie de la face, qui s'observe souvent chez les hérédo-syphiliques et dont l'observation n° 13 nous donne un bel exemple.

MALFORMATIONS OCULAIRES

Les yeux même subissent l'action dystrophique de la syphilis héréditaire. Quelquefois cette influence produit des malformations des organes protecteurs de l'œil, mais plus souvent elle frappe le globe oculaire d'un arrêt de

développement en créant la microphthalmie et même l'astigmatisme dans certains cas (1).

Rien d'étonnant à cela : le caractère de la syphilis est d'enrayer le développement partiel de tel ou tel organe ou même de tout l'être.

Un cas d'arrêt de développement du globe oculaire se trouve dans notre observation n° 8 ; le globe oculaire gauche était atrophié avec perte de la vue et strabisme convergent.

Dans un autre cas (observation n° 14) nous avons noté une lésion qui consistait en une pigmentation anormale de l'iris, constituant l'œil vairon qui a été décrit surtout chez les dégénérés.

Enfin dans l'observation n° 20, nous nous trouvons en face d'intéressantes malformations oculaires chez une femme hérédo-syphilitique tardive. On y constate l'ectopie des deux pupilles avec iridodonésis et luxation congénitale des cristallins ; de plus on constatait à l'ophtalmoscope des taches atrophiques et pigmentées de chorio-rétinite analogues à ce qu'on rencontre dans le cas de chorio-rétinite, au cours de la syphilis acquise, mais qui ne pouvait avoir dans ce cas une autre origine que la syphilis héréditaire.

Et si l'on cherche dans les traités d'ophtalmologie (2) on voit que ces lésions sont le résultat des altérations congénitales et consécutives à un trouble de la nutrition des membranes internes de l'œil et qui sont généralement accompagnées des autres altérations congénitales de l'œil (2).

On observe très souvent chez les hérédo-syphilitiques du strabisme (nous l'avons noté fréquemment dans nos

(1) Galezowski. — Séance Soc. de Dermatologie, 15 novembre 1894.

(2) Galezowski. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1888, p. 370 et 373.

observations). Mais dans l'état actuel de la question, il est difficile de décider à quelle cause on doit l'attribuer. Faut-il invoquer une certaine disynergie entre des groupes musculaires ou peut-être quelque degré de développement de certains centres corticaux.

MALFORMATIONS DENTAIRES

Les malformations dentaires chez les hérédosyphilitiques ont été magistralement décrites par mon maître, M. Fournier, dans une de ses dernière leçons. Je puiserai longuement dans cet exposé.

Les anomalies dentaires portent sur l'évolution, la position, la forme, la couleur et le volume des dents. De plus il existe une prédisposition à la carie et à la chute précoce dans quelques cas.

En ce qui regarde l'évolution des dents, il faut remarquer le retard de la première dentition, très fréquent chez les hérédosyphilitiques, qui ne font leurs premières dents parfois qu'à 16, 18 mois, 2 ans et même au-delà. Quelquefois ils peuvent même dépasser ces limites et s'exagérer dans des proportions considérables.

Demarquay (1) cite l'observation d'un enfant syphilitique qui, à l'âge de 4 ans, n'avait pas encore une seule dent.

Lancereaux relate aussi un curieux arrêt de développement de la dentition chez un enfant syphilitique à la fois microcéphale, idiot et épileptique. A l'âge de 12 ans, les incisives et les canines étaient à peine sorties de

(1) Bull. Soc. de Chir. Paris, 1871.

leurs alvéoles. Fréquemment on observe une absence de certaines dents, surtout des incisives supérieures, médianes, ou latérales; dans un cas nous avons remarqué la persistance des deux incisives de la première dentition (dents de lait) encore à l'âge de 15 ans.

Quant à la forme de la dent, quelquefois elle est simplement déviée de son type physiologique; une incisive, par exemple, par un certain ordre de modifications, présentera l'aspect d'une canine et vice-versa; mais quelquefois l'hérédo-syphilis imprime à la dent une configuration telle qu'on ne peut plus la rapporter à aucun type dentaire. Ces dents constituent alors de véritables monstruosités morphologiques, comme les appelle M. Magitot, et qui comprennent toutes les variétés de dents possibles, telles que: dents cannelées, parcourues par des bourrelets courants en tous sens, dents petites, rabougries, étriquées, conoïdes, affectant la forme des cornes, dents en cheville, dents en tricorne, en fer de hache et enfin de cône tronqué.

Les modifications portent aussi sur la partie extérieure de la dent, qui présente une coloration pâle, transparente, presque vitreuse ou bien une teinte gris sombre et une apparence opaque. La couleur peut varier. M. Magitot (1) a observé sur un sujet hérédo-syphilitique des dents absolument verdâtres, en surface et en profondeur, composées d'une substance peu résistante, friable, tout-à-fait extraordinaire, mais en tous cas éminemment pathologique.

Volume. — La dystrophie dans le volume des dents se produit, soit par défaut, soit par excès de développement; la dernière qui a été signalée, surtout chez les

(1) Cité par Le Plat. — Thèse de Paris, 1891.

idiots, est moins fréquente chez les hérédosyphilitiques; nous ne l'avons rencontrée que deux ou trois fois dans nos observations.

Des cas de gigantisme des dents ont été relatés (1) chez des sujets qui avaient les incisives médianes supérieures très larges, très volumineuses, hors de proportion avec les autres dents.

Mais c'est surtout la diminution du volume des dents qu'on observe plutôt que l'excès de volume : c'est une malformation dentaire consistant en une petitesse naturelle de la dent, et qui frappe la dent dans toutes ses proportions; elle ne se présente jamais qu'à l'état de lésion partielle et porte généralement sur une ou plusieurs dents, et surtout sur les incisives; la diminution de volume peut aller jusqu'à créer une véritable dent naine, — dent appelée encore « dent de poupée ».

« Ce mode d'action de la syphilis sur le système dentaire, dit M. Fournier, est authentique et dûment démontré. C'est un de ces arrêts de développement, si communs dans la syphilis héréditaire et que nous avons vu aboutir tantôt à l'atrophie d'un organe, tel que le testicule, l'utérus ou l'ovaire; tantôt à une sorte d'atrophie générale que nous avons qualifiée du nom d'infantilisme : Ici c'est l'infantilisme de la dent. Et ce microdontisme dérive d'un trouble nutritif qui entrave l'évolution de l'organe dentaire, tout comme un trouble nutritif de même origine entrave parfois le développement de tout l'individu. »

Etat des arcades dentaires. — On observe quelquefois un engrenage vicieux des arcades dentaires, aboutissant au

(1) Medical Times, 1876.

défaut de concordance des deux maxillaires, et qui consiste en ce que l'arcade dentaire inférieure déborde l'arcade dentaire supérieure dans une partie ou dans toute son étendue. Il faut y ajouter encore les anomalies de position, consistant en irrégularité de plantation, écartement singulier et absence de certaines dents. En dernier lieu il nous reste à décrire les érosions dentaires.

Ce sont des lésions qui ne sont pas dues à l'usure de la dent ; ce sont des non-formations, occasionnées par un trouble de nutrition, survenu pendant le cours du développement de l'organe ; ce sont des lésions contemporaines de l'époque de la formation de la dent, et elles se rencontrent surtout sur les premières molaires, les incisives et les canines. Elles respectent au contraire les autres dents, puisque ces dernières sont bien en voie de dentification, vers les deux ou trois premiers mois de la vie extra-utérine quand la syphilis héréditaire est surtout à sa période active. Elles ne peuvent donc pas être troublées dans leur processus de dentification.

M. Fournier classe les érosions dentaires en deux groupes, suivant qu'elles portent sur le corps même de la dent, le corps de la couronne ou son sommet, dans le premier cas on aura ce qu'on appelle les dystrophies coronaires, et, dans le second, les dystrophies cuspidiennes.

Dystrophie coronaire. — On peut en reconnaître trois types, à savoir : les érosions en cupule, en sillons et en nappe.

Erosions en cupule. — Ce sont de petites excavations en godet, creusées dans la substance de la dent, à la surface de la couronne ; elles peuvent être tantôt pointillées, punctiformes, tantôt plus larges, plus profondes,

constituant une véritable cavité ; elles tranchent sur le reste de l'organe par leur irrégularité de surface, ainsi que par leur coloration, qui est d'un gris presque noir.

Erosions en sillons. — Celles-ci, de beaucoup plus communes, sont constituées par une rainure creusée à la surface de la dent suivant un trajet horizontal. Ces sillons peuvent être continus ou interrompus, ou formés de segments ; ils peuvent même être constitués par une ligne finement pointillée. Mais ces sillons sont le plus souvent multiples, séparés les uns des autres par des bourrelets d'émail et superposés ; on a alors l'érosion que Toms a désigné sous le nom d' « érosion en étage ou en escalier ». Si nous supposons que ces sillons s'agrandissent et se réunissent entre eux, nous aurons alors une forme désignée sous le nom d'érosion en nappe, qui n'est, en somme, qu'une exagération de la précédente. C'est, là encore, à un degré plus accentué, les érosions désignées sous le nom de *dents en gâteau de miel*.

Dystrophie cuspidienne. — Suivant qu'elle affecte : 1° les molaires ; 2° les canines ; 3° les incisives, elle présente des aspects différents.

1° *Molaires.* — C'est surtout sur la première grosse molaire que se traduit l'influence hérédo-syphilitique. Dans le jeune âge on remarque que sa surface triturante est irrégulière, hérissée d'éminences coniques ou grenues, à la longue toute cette partie s'use et il ne reste que la dent courte et en plateau lisse.

2° *Canines.* — Sur les canines, l'érosion de l'extrémité libre se traduit par une véritable atrophie ; cette extrémité subit une forte échancrure circulaire et se réduit à un tronçon exigu ou à un petit chapiteau grenu, qui

semble enchâssé dans le corps de la dent, et comme emmanché dans une virole cylindrique.

3° *Incisives*. — Ici les variétés sont nombreuses ; il faut, pour le moins, en distinguer quatre :

a) Une première consiste dans la dentelure du bord libre formant ce qu'on appelle la *dent en scie*.

b) Une deuxième est caractérisée par l'amaigrissement du bord libre, avec aplatissement antéro-postérieur.

c) Une troisième forme reproduit cette atrophie générale du sommet, comme sur les molaires et canines.

d) Enfin on arrive à une forme toute particulière qui constitue l'érosion en échancrure *semi-lunaire*, dite encore *échancrure en croissant*, *échancrure en coup d'ongle* ; appelée encore la *dent d'Hutchinson* ; elle est, suivant cet auteur, petite, comme atrophiée ; l'encoche consiste ordinairement en une concavité allant d'un bord à l'autre de l'organe.

Bien qu'il puisse y avoir des encoches secondaires dans cette échancrure générale, quelquefois elle s'accompagne des particularités suivantes :

La forme en tourne-vis, c'est-à-dire que les incisives médianes supérieures se présentent premièrement : élargies au niveau de leur collet, deuxièmement : rétrécies au niveau de leur bord libre.

La direction oblique convergente. Les incisives médianes supérieures sont, en effet, fréquemment déviées comme direction par suite d'une implantation vicieuse ; elles ont leur axe incliné en dedans, de façon à converger l'une vers l'autre.

Mais c'est là la forme de la dent d'Hutchinson à l'état adulte : elle est tout autre dans l'enfance ; elle se modifie encore après l'âge adulte.

A l'origine, cette échancrure n'existe pas, elle est

occupée par de petites végétations atrophiques du tissu dentaire. Par la suite, ces matériaux mauvais s'usent et laissent l'échancrure. Enfin, dans l'âge avancé, l'échancrure disparaît par usure des extrémités saillantes.

Cette malformation est spéciale aussi par sa localisation habituelle ; généralement elle affecte symétriquement les deux incisives supérieures de la deuxième dentition ; mais elle peut aussi affecter les incisives médianes supérieures de la première dentition. Quelquefois elle ne porte que sur une seule incisive ; dans certains cas, d'autres dents peuvent également être atteintes.

« Ces lésions dentaires, dit M. le professeur Fournier, constituent une preuve anatomique en faveur de l'influence dystrophique, exercée sur l'organisme par l'hérédosyphilis. De l'aveu de tous, d'ailleurs, elles font partie de l'ordre de ces particularités organiques qui servent de caractéristique usuelle à ce qu'on appelle les dégénérés. »

Ces altérations dentaires, il est vrai, ne peuvent pas être considérées comme des signes certains d'hérédosyphilis ; on a pu les constater maintes fois sur des sujets non syphilitiques, issus de parents non syphilitiques. On les a rencontrées encore, dans toutes les affections qui provoquent une déchéance organique profonde ; elles s'observent dans toutes les maladies graves qui atteignent profondément la nutrition et qui sévissent soit sur le fœtus (pour la première molaire), soit sur l'enfant au cours du premier mois de la naissance (incisives), ou au cours du troisième ou quatrième mois (canines).

Mais quelle autre maladie, sinon la syphilis, entre en scène aussi fréquemment, soit au commencement de la vie fœtale, soit au cours du premier mois ?

On peut donc dire que si la syphilis n'est pas l'ori-

gine constante de ces lésions et si elles peuvent être produites par n'importe quels troubles morbides survenus dans le plus jeune âge, elle en est, quand même, une cause puissante et fréquente. En sorte que ces érosions dentaires, constatées plus tard dans un âge plus ou moins avancé, se trouvent attester la syphilis par la raison très simple que c'est la syphilis qui leur sert d'origine la plus habituelle.

Les érosions des dents ont été particulièrement signalées chez les idiots par Bourneville, et aussi par son élève, M^{me} Alice Sollier (1), qui a décrit chez les idiots la plupart des érosions dentaires qu'on rencontre chez les hérédo-syphilitiques. Elle signale, de plus, des retards dans l'éruption des dents dans 25 cas sur 100. Legrain (2), reprenant cette étude, constate les mêmes désordres dans l'évolution dentaire chez les idiots, et tout en admettant que de nombreuses causes puissent concourir à leur production, en général, reconnaît que la syphilis en est une cause puissante.

Si l'on compare, à ce point de vue, les idiots avec les hérédo-syphilitiques, on voit que chez les derniers il n'y a que la reproduction de ce qu'à un degré supérieur on observe chez les idiots. Cela paraît être le même processus, processus de dégénérescence ou pour mieux dire de dystrophie, qui est le résultat d'un trouble trophique survenu dans le système dentaire et qui, au point de vue anatomo-pathologique, se traduit par une lésion due à une interruption momentanée de la nutrition normale de la dent.

Quant à la pathognomonie de la dent d'Hutchinson, les avis sont très partagés.

Pour les uns, on la rencontrerait dans beaucoup

(1) Thèse Paris, 1887.

(2) Presse Méd., 1895.

d'autres maladies qui n'ont rien à voir avec la syphilis et même à l'état normal. Alors que les idées d'Hutchinson étaient accueillies très favorablement en Angleterre, en Allemagne et en France elles trouvaient beaucoup de contradicteurs (Panas, Dolbeau, Broca, Magitot Bull, Soc. de chir. de Paris 1871, p. 239).

Blanc, dans un mémoire paru en 1886, repoussait les idées exclusives d'Hutchinson. Roussel dit que les dents d'Hutchinson peuvent être un indice de syphilis héréditaire, mais elles sont aussi liées fréquemment au rachitisme.

Michel (1) croit que la dent d'Hutchinson peut s'observer aussi chez des enfants sur lesquels on ne trouve pas la moindre trace de syphilis héréditaire.

Henoch (2) partage cet avis.

Baginski (3) ne trouve rien de caractéristique dans la forme des dents.

Morel-Lavallée (4) aurait observé la dent d'Hutchinson comme une déformation professionnelle chez un cordonnier.

Dans la thèse d'Augagneur (5) on trouve le cas d'un homme très robuste, porteur d'une érosion typique des incisives, et dont le père, docteur en médecine, a contracté, postérieurement à la naissance de son fils, un chancre professionnel du doigt.

Pollak s'exprime ainsi : « Les médecins des enfants ont démontré que les lésions dentaires décrites par Hutchinson manquent souvent chez les hérédos-syphilitiques avérés, tandis que chaque médecin connaît des sujets atteints de difformités dentaires décrites par Hut-

(1) Lehrbuch der Augenkrankheiten.

(2) Op. cit.

(3) Lehrbuch. der Kinderkrankheiten, 1887.

(4) Morel-Lavallée, — Ann. de Dermat. et Syphil., 1887, p. 339.

(5) Thèse de Paris, 1879. Etude sur la syphilis héréditaire tardive.

chinson, et chez lesquels la syphilis héréditaire peut être certainement exclue.

D'autre part les syphiliographes les plus autorisés soutiennent ne l'avoir jamais rencontrée en dehors de la syphilis héréditaire.

Les aliénistes ne l'ont jamais observée sur leurs malades.

Legrain paraît moins réservé à cet égard. Comment peut-on expliquer cette divergence d'opinions ?

Nous croyons qu'en général on confond avec les altérations de la dent dite d'Hutchinson des altérations dentaires tout à fait différentes.

Pour que la dent dite d'Hutchinson soit constituée, il faut que les « érosions en échancrure » ne portent que sur les deux incisives médianes à l'exclusion des autres dents et que ces lésions soient symétriques.

Tout en convenant qu'elle n'est pas très fréquente chez les hérédo-syphilitiques (nous ne l'avons rencontrée que cinq ou six fois), nous concluerons en disant que la dent d'Hutchinson est cependant un indice précieux de syphilis héréditaire, mais que la question est encore trop récente pour être définitivement tranchée.

MALFORMATIONS PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT

Pour MM. Fournier et Lannelongue, l'hérédo-syphilis pourrait avoir pour conséquence des arrêts de développement, comme le bec-de-lièvre, la division de la voûte palatine, le pied-bot, l'hydrocéphalie, etc.

Bec-de-lièvre et division de la voûte palatine. — Quel est le mécanisme de ces anomalies du squelette facial ? On sait que les feuillets séreux de l'embryon forment le

capuchon céphalique d'où va émaner la tête ; de la partie extrême de ce capuchon naissent trois bourgeons, un médian et deux latéraux au-dessous du premier qui, en marchant à la rencontre les uns des autres, formeront le front et la mâchoire supérieure sur le même côté, et au-dessous, naissent aussi deux bourgeons maxillaires inférieurs qui marchent très vite l'un vers l'autre, et il est très rare qu'ils ne parviennent pas à se souder ; ce sont eux qui vont former la lèvre inférieure. Le bourgeon frontal, en se divisant en deux moitiés symétriques, va former les bourgeons incisifs qui renferment les dents incisives et qui formeront les os incisifs et la partie correspondante de la lèvre supérieure.

On conçoit facilement que s'il survient un trouble se traduisant par un arrêt ou retard du développement de certaines parties de ces trois bourgeons, ce trouble aura pour résultat d'empêcher la soudure d'un côté ou de l'autre ou des deux côtés à la fois ; le bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral sera constitué.

Quand l'arrêt de développement porte sur toute la longueur du bourgeon incisif, il en résultera ce qu'on appelle la *gueule de loup*.

Au même arrêt de développement on attribue l'absence de certaines dents qu'on observe si souvent dans le bec-de-lièvre, et il semble qu'on pourrait rattacher aussi au même processus l'absence d'une ou plusieurs dents qu'on rencontre parfois chez les hérédo-syphilitiques et que nous avons signalée dans nos observations.

Supposons que ces troubles portent sur les bourgeons palatins, qu'ils arrêtent dans leur développement ; c'est une fissure qui va se produire.

La syphilis héréditaire est-elle capable de déterminer

des malformations de ce genre ? Le fait n'est pas encore démontré, mais il paraît des plus vraisemblables ; et pour-quoi n'en serait-il pas ainsi, puisque la syphilis exerce son action dystrophique, dès les premiers jours, sur le produit de la conception, y détermine une perturbation générale et frappe les organes et même l'être entier d'arrêt de développement de déchéance ?

La soudure des maxillaires supérieures se fait vers la sixième semaine de la vie intra-utérine.

Existe-t-il une maladie autre que la syphilis qui puisse exercer son action néfaste avant cette époque ?

Pour M. Fournier, la syphilis héréditaire pourrait dans certains cas être la cause du bec-de-lièvre.

M. Lannelongue professe la même opinion, et cela ressort aussi de ses observations (1).

Brown (2), cite des cas de bec-de-lièvre chez des enfants nés de parents syphilitiques.

Caubet (3), relate le cas d'une jeune femme qui présentait dans son enfance des lésions de syphilis tertiaire. Plus tard elle eut trois avortements et ensuite elle accoucha à terme d'un enfant qui présentait les lésions suivantes : *bec-de-lièvre double, compliqué*, absence de luvette, oreilles difformes, vices de conformation des doigts, varus-équins.

Piper (4) cite le cas d'un enfant né de parents syphilitiques présentant la *gueule de loup* et qui mourut à l'âge de 10 jours, deux jours après l'opération.

Des cas analogues sont donnés par Baron (5), par Barthélemy (6),

(1) Arch. gén. de médecine, 1883.

(2) Arch. Dermat. New-York, 1877, p. 307.

(3) Arch. de Tocologie, 1894, p. 637.

(4) Loc. cit.

(5) Cité par Broca. — Traité de Chirurgie, v. p. 26.

(6) Ann. de Dermat. et Syph. Paris, 18 5, p. 1011.

M. Kirmisson, dans une communication verbale, nous a déclaré que pour lui le bec-de-lièvre serait souvent d'origine syphilitique ; son opinion est basée sur des faits observés par lui et encore inédits.

Hydrocéphalie. — Jusqu'à ces dernières années, les auteurs n'ont pas été d'accord sur l'origine syphilitique de l'hydrocéphalie. Ceux qui se sont occupés de la pathologie infantile et même certains syphiliographies des plus autorisés, se sont refusés à admettre cette étiologie.

Beaumès (1) cite un cas d'hydrocéphalie chez un enfant de 5 mois guéri par l'application d'un vésicatoire et l'emploi à l'intérieur du muriate doux de mercure.

Baginsky (2) ne mentionne pas même la syphilis comme cause d'hydrocéphalie.

Barthez et Sanné (3) s'expriment ainsi : « Notons en passant que les causes qui ont été assignées à l'hydrocéphalie congénitale sont peu avérées : consanguinité des parents, ivresse au moment de la conception, syphilis, etc. ».

Trousseau, dans ses leçons sur la syphilis des nouveau-nés, ne mentionne pas la possibilité de la nature syphilitique de l'hydrocéphalie.

Henoch (4) dit n'avoir jamais pu trouver aucun rapport entre l'hydrocéphalie et la syphilis héréditaire tardive.

Diday (5) ne trouve aucune relation entre les deux maladies.

Bouchut (6) ne mentionne pas la syphilis à l'article « Hydrocéphalie ».

(1) Op. cit.

(2) Op. cit.

(3) Traité des maladies des enfants, Paris, 1884.

(4) Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, 1889.

(5) Syphilis des nouveau-nés et d's enfants à la mamelle, 1854.

(6) Traité des maladies des nouveau-nés. 7^e édition.

Homole (1), dans son article sur la syphilis héréditaire du premier âge, dit : « Quelques faits dictés par Haase, 1829, Morgan, Oedmanson, Dickson, tendent à démontrer que l'hydrocéphalie peut être la conséquence de la syphilis héréditaire ; de même, H. Roger, Lancereaux, sont disposés à accepter cette pathogénie, qui est encore contestée, en particulier par Huguenin. Vest fait remarquer que l'on peut être induit en erreur par la largeur des fontanelles et par la mollesse du crâne, dont l'ossification se fait mal chez les nouveau-nés syphilitiques ».

Douteux est l'avis de Kohts (2).

Diday, dans son article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, revient sur son opinion et s'exprime ainsi : « Enfin nous devons mentionner encore l'opinion des auteurs qui attribuent une grande influence à la syphilis dans la pathogénie, de l'épilepsie, de la chorée et même de l'hydrocéphalie. Assurément il y a du vraisemblable et, sans doute, du vrai dans cette hypothèse, mais il ne suffit pas de la formuler, et jusqu'ici les preuves péremptoires font défaut ».

De tous les auteurs modernes, M. le Professeur Fournier est le premier qui ait reconnu la nature syphilitique de l'hydrocéphalie. Il s'exprime ainsi (3) : « Il n'est pas moins avéré pour moi, dit-il, que l'influence de la syphilis héréditaire (voire limitée au père seul) constitue une prédisposition à l'hydrocéphalie. C'est dont témoignent un certain nombre de faits que j'ai eu l'occasion de recueillir dans ma pratique. Je pourrais citer, entre autres,

(1) Dictionnaire Jaccoud. T. XXXIV.

(2) Luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks Kindesalters. — Versamml. Freiburg, 1883, p. 143.

(3) Syphilis et mariage. Paris, 1880.

l'observation d'un de mes malades qui, ayant eu l'imprudence de contracter mariage malgré une syphilis non traitée, a eu coup sur coup trois enfants hydrocéphales. »

Plus tard (1), reprenant la question, M. Fournier ajoute : « Il m'est vraiment impossible de considérer l'hérédité syphilitique comme une des causes les mieux avérées de l'hydrocéphalie. »

Heubner (2) estime le virus comme une cause de l'hydrocéphalie acquise des adultes.

Pour Ziegler (3) et Eichhorst (4) la syphilis est une cause occasionnelle de l'hydrocéphalie.

Strümpell (5) pense qu'il n'est pas possible de juger encore la question.

Lienhard (6) décrit un cas d'hydrocéphalie chez un enfant hérédo-syphilitique, âgé de 10 mois.

Mais c'est Sandoz (7) qui paraît avoir fait la preuve d'une hydrocéphalie syphilitique dans un travail basé sur quatre cas d'hydrocéphalie observés chez des enfants hérédo-syphilitiques avec des lésions caractéristiques des téguments et des stigmates évidents de syphilis héréditaire. Dans ces cas, on ne pouvait incriminer aucune autre maladie. Invoquant aussi les cas cités par Baresprung, il arrive aux conclusions suivantes : « Il existe une hydrocéphalie syphilitique ; elle est congénitale ou se développe dans le premier cas de la vie et sa cause réside très probablement dans une inflammation de

(1) Traité sur la syphilis héréditaire tardive, Paris 1836.

(2) Article « Hydrocéphalie ». — Eulenburg's Reale cyclopadie.

(3) Traité d'anatomie pathologique, 2^e éd. allemande, p. 583.

(4) Pathologie et Thérapie. 2^e éd. allemande, III, p. 389.

(5) Lehrbuch. der special Pathol. und. Therapie, 1895, p. 398.

(6) Zur Kenntniss der Hereditären. Lues des Einseideln, 1884.

(7) Thèse de Genève, 1883.

l'épendyme ventriculaire et des plexus, produite par la syphilis héréditaire. »

Après le travail de Sandoz, les cas d'hydrocéphalie par hérédo-syphilis commencent à devenir plus nombreux.

Ainsi Négrié (1), faisant l'historique de la question, relate une observation certaine d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique.

Meyer (2) cite une observation (n° 16), analogue à celle de Lienhardt, sur un enfant hérédo-syphilitique, qui avait du nystagmus, du strabisme divergent et de l'hydrocéphalie, et à l'autopsie duquel on a trouvé des lésions gommeuses dans le foie et dans les reins.

D'Astros (3), dans plusieurs observations, essaie de démontrer que, dans certains cas au moins, l'hydrocéphalie syphilitique du premier âge est non seulement d'origine syphilitique, mais encore qu'elle est sous la dépendance des lésions de nature syphilitique.

Heller (4) rapporte tous les cas d'hydrocéphalie causée par la syphilis qu'il a pu trouver dans la littérature et y ajoute un cas observé par lui-même.

Aujourd'hui, dans la plupart des traités classiques, on trouve déjà signalée la syphilis comme cause de l'hydrocéphalie.

Ainsi, Despine et Picot (5), après avoir cité le travail de Sandoz et celui d'Astros, n'hésitent pas à écrire : « On peut compter désormais la syphilis comme une des causes de l'hydrocéphalie ventriculaire. »

Ribemont-Dessaigne et Lepage s'expriment ainsi : « Dans

(1) Journ. de méd. de Bordeaux, 1883.

(2) Ueber Hydrocephalus. Thèse de Zurich, 1894.

(3) Revue mensuelle des mal. de l'enfance. Paris, 1891, p. 481 et 543.

(4) Deutsche Med Wochens., 1892, p. 608-611.

(5) Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1895.

un certain nombre d'observations, on a relevé comme cause la syphilis paternelle ou maternelle. »

Pott, de Halle (1), dans son travail sur la pathogénie de l'hydrocéphalie chronique, dit : « Après diverses maladies infectieuses : syphilis, tuberculose, après le rachitisme, l'hydrocéphalie peut se développer. »

Après ce long exposé des opinions de divers auteurs nous nous croyons autorisés à conclure à la conséquence possible de l'hydrocéphalie dans l'hérédo-syphilis.

Reste à savoir quelle est sa nature.

D'après l'opinion de d'Astros, partagée par M. Fournier (3), il existe deux hydrocéphalies issues de la syphilis héréditaire et différant l'une de l'autre par leur modalité pathologique, à savoir : une hydrocéphalie de nature syphilitique déterminée par des lésions originairement et spécifiquement syphilitiques (lésions affectant l'ependyme et la région opto-striée) ; 2° une hydrocéphalie d'origine syphilitique résultant de l'influence dystrophique de la syphilis sur le cerveau.

Pied-bot. — Le pied-bot, pour M. Lannelongue, est fréquemment une dystrophie d'origine hydro-syphilitique.

Trois théories ont été émises, jusqu'à présent, pour expliquer l'étiologie du pied-bot.

1° *Théorie nerveuse* : Le pied-bot est le résultat d'une certaine altération ou malformation du système nerveux, on invoque en faveur de cette théorie la fréquente coïncidence d'arrêts de développement du cerveau et de la moelle (acéphalie, spina-bifida, hydrocéphalie) et des lésions telles que le torticolis, le strabisme.

(1) Traité d'accouchement. Paris, 1896, 2^e éd.

(2) Cité par la Gaz. médicale. Paris, 1896, p. 193.

(3) Affections parasymphilitiques, 1894, p. 324.

2° *Théorie des malformations osseuses* : Malformations de l'astragale, absence d'autres os, surtout du scaphoïde.

3° *Théorie de l'arrêt de développement* : C'est-à-dire persistance de l'état fœtal du pied chez l'enfant ; l'arrêt de développement serait dû à un trouble nutritif qui surviendrait pendant la période embryonnaire, d'après Huetter(1).

Depuis longtemps déjà les auteurs ont reconnu les rapports qui peuvent exister entre le pied-bot congénital et l'hydrocéphalie.

Béclard, en 1817, dans son mémoire sur le fœtus acéphale, admet que quelle que soit la cause de l'hydrocéphalie « si elle arrive à une époque avancée de la vie intra-utérine, il pourra en résulter un écartement de la voûte du crâne et de la partie postérieure et inférieure du rachis, de régions où l'ossification est la moins avancée ; si elle arrive plus tôt, elle pourra produire une hernie hydrencéphalique ou un spina-bifida plus haut que dans le cas précédent. La hernie hydrencéphalique peut exister encore lorsque l'enfant naît, ou bien elle peut se crever avant, et alors il naît anencéphale. Si l'hydropisie se développe dès le commencement de la vie intra-utérine, il peut en résulter l'absence de la moelle. Outre les altérations que l'on rencontre dans tous les corps, on peut trouver encore dans les pieds des difformités particulières, qui sont : 1° la kylose interne ou pied-bot en dedans ; 2° des mutilations plus ou moins étendues. Elles se rattachent très bien à la même cause que les autres phénomènes. »

Des observations de pied-bot syphilitique ont été relatées par Lannelongue (2), Caubet (3), etc.

(1) Langenbeck's Archiv, 1863, p. 425 et 475.

(2) Op. cit.

(3) Op. cit.

Pujol (1) arrive à cette conclusion que les pieds-bots se rencontrent dans un très grand nombre de cas d'hydrocéphalie et d'hydrorachis, et que ces lésions sont plus facilement produites chez un enfant hydrocéphale que chez un enfant sain.

Or, l'hydrocéphalie reconnaît comme origine certaine dans nombre de cas la syphilis héréditaire. D'ailleurs, cette origine peut satisfaire quelques-unes des théories admises dans l'étiologie du pied-bot. On peut donc penser que le pied-bot, comme tant d'autres lésions du même ordre, est d'origine syphilitique.

Mais, à cet égard, nous partageons l'opinion de notre maître, M. le Prof. Fournier, quand il dit : « Ces conséquences ne sauraient encore être données comme formelles, irrécusables ; mais elles sont, je crois pouvoir le dire, en voie de démonstration ».

Genu valgum. — En terminant ce chapitre, faisons remarquer que Legrain signale le genu valgum chez les Algériens, uni à d'autres malformations. Il y aurait lieu peut-être de rechercher, suivant nous, l'origine hérédosyphilitique de ce genre de malformation.

RACHITISME

L'influence dystrophique de l'hérédosyphilis peut se traduire encore d'une autre manière sur l'organisme de l'enfant — par le rachitisme.

Ce sont les belles recherches de Parrot qui ont placé la question sur un terrain véritablement scientifique.

Sans faire l'histoire de la question, nous pouvons

(1) Thèse de Paris, 1889-90.

dire qu'aujourd'hui on est presque unanimement d'accord à admettre que la syphilis peut être une des conditions pathogéniques du rachitisme, et même une des plus puissantes, au même titre que toutes les causes exerçant sur l'économie une influence intense de dépression, de déchéance organique, de dégénérescence, et qu'il existe avec une indéniable fréquence chez les enfants issus de parents syphilitiques.

Ainsi, d'après Maussourov (1), le rachitisme est une des maladies qui compliquent le plus fréquemment la syphilis, 50 % d'après sa statistique.

Kassowitz (2) admet que le virus syphilitique peut créer et entretenir dans les os un processus analogue au rachitisme.

Baginsky (3) est d'avis que le rachitisme est une dyscrasie provoquée par une altération de la nutrition générale qui résulte des diverses influences nocives exercées sur le jeune organisme ; à côté des dyspepsies chroniques, mauvaise nourriture, défaut d'air frais, on peut incriminer la syphilis héréditaire.

Pour M. Fournier (4) la syphilis produit le rachitisme au même titre qu'elle produit la débilité native, l'appauvrissement de la constitution, le lymphatisme, les dystrophies de tout ordre, les malformations dentaires, les arrêts de développement, l'infantilisme, etc. ; toutes conséquences d'une cause banale spécifique, mais d'une cause spécifique exerçant sur l'organisme une influence de dépression, de dénutrition et de déchéance organique.

(1) Arch. f. Dermat. u Syph., 1891. Hft 2.

(2) Die Syphilis als line Ursache des Rachitis. Wien.

(3) Die Syphilis als eine Ursache des Rachitis. Wien.

(4) Les affections para-syphilitiques, 1894, p. 303.

Comby (1), se rallie entièrement à l'opinion de M. Fournier et reconnaît que les enfants atteints de syphilis héréditaire deviennent souvent rachitiques. C'est, suivant lui, parce que leur nutrition générale est profondément troublée par la maladie ou par l'allaitement artificiel qui est la conséquence fréquente de la manifestation de la maladie.

La syphilis n'agit que par processus de dénutrition et de déchéance organique que nous retrouverons à la suite de la coqueluche, de la rougeole, de la bronchopneumonie et généralement de toutes les maladies infectieuses qui, toutes, peuvent, quand elles surviennent dans la première enfance, aboutir au rachitisme.

Grâce aux récents travaux de MM. Gley et Charrin (2), nous sommes à même de comprendre comment agit la syphilis dans la production du rachitisme.

Ces savants expérimentateurs sont arrivés à reproduire chez des lapins, en soumettant les générateurs à des intoxications chroniques par des toxines diverses (pyocyanique, diphtérique, tuberculeuse) « des états d'exiguité de dimension de tous les os; les diaphyses sont épaissies; les épiphyses énormes, à peine soudées, les côtes offrant des nodosités disposées sur une ligne de façon à former chapelet; les métatarsiens sont renflés, la torsion des humérus plus encore que celle qu'on note dans le second segment des membres antérieurs. Le bassin est difforme, contourné; les osselets de la queue sont nombreux et de faible dimension. »

(1) Le rachitisme. Paris, 1892, p. 35.

(2) Soc. de Biologie. Paris. Séance du 25 avril 1896.

INFLUENCE DYSTROPHIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS SUR LE CERVEAU

Le cerveau du fœtus et de l'enfant n'échappe pas davantage à l'influence de l'hérédo-syphilis ; son action s'exerce par des arrêts à des degrés divers du développement intellectuel ; quelquefois l'influence dystrophique se traduit par un degré léger ; on aura affaire à des sujets bornés, simples, à insuffisance intellectuelle dûment accentuée ; mais quelquefois elle va plus loin, jusqu'à créer des enfants privés complètement d'intelligence, voire des idiots.

Déjà, depuis longtemps, on a signalé cette relation entre la syphilis héréditaire et l'idiotie.

Griesinger (1) cite la syphilis dans l'étiologie de l'idiotie.

Erlemmeyer, cité par Mendel (2), rapporte le cas d'un enfant idiot dont le crâne présentait de nombreuses exostoses qui ont été modifiées par l'iodure de potassium.

L'influence de la syphilis héréditaire avait été déjà remarquée d'ailleurs par Gueslin (3) ; il cite le cas d'un homme ayant eu d'abord pendant son mariage des enfants bien portants ; il contracte ensuite la syphilis, et de deux enfants nés pendant qu'il était soumis au traitement anti-syphilitique, l'un d'eux était idiot.

Cependant d'autres auteurs se sont refusés à reconnaître une relation entre la syphilis et l'idiotie.

(1) Pathologie u Therapie der psychischen Krankheiten, 1861, p. 357.

(2) Arch. f. Psychiat. u Nervenh., 1868-69.

(3) Klinische Vortrag. über Geisteskrank. Berlin, 1854, p. 273.

Ainsi Homolle (1) s'exprime de la façon suivante :
« Quelques syphiliographes ont voulu rattacher à la vérole héréditaire certains cas d'hydrocéphalie, ou bien encore d'*idiotie congénitale* ou acquise, et reconnus plus ou moins longtemps après la naissance. Quand on a passé 10, 20 ou 30 ans de sa vie dans des hôpitaux consacrés à l'enfance, on a été à même d'observer un nombre relativement assez grand de ces déplorables maladies cérébrales. Je puis affirmer après une longue expérience (et mon attention s'étant particulièrement portée sur ce point), que je n'ai jamais constaté positivement une relation de causalité entre ces affections du cerveau et la syphilis ».

De même Diday (2) ne veut pas admettre la syphilis comme cause de l'idiotie.

Aujourd'hui l'influence de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de l'imbécillité et de l'idiotie semble unanimement admise, et la discussion porte seulement sur l'importance de ce facteur.

Hutchinson, sur 160 cas de syphilis héréditaire, n'en trouve que 3 présentant de l'idiotie. Ce sont les suivants :

OBS. I. — Fille de 8 ans, présentant une kératite de l'œil droit, une incisive supérieure caractéristique, cicatrices aux angles de la bouche. Est hydrocéphale et idiote.

OBS. II. — Garçon à moitié idiot ; dent typique, faciès et stigmates syphilitiques. Cecité presque totale et atrophie blanche du nerf optique. N'a jamais pu apprendre à lire.

OBS. III. — Fille de 10 ans ; dent et faciès typiques ; idiotie partielle. Est remuante à l'excès ; pleure et rit fréquemment ; répond de façon brusque, sautant sans transition d'un sujet à un autre.

Le même auteur ajoute qu'il examina les enfants idiots

(1) Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Tome II, p. 63 et 64.

(2) Op. cit.

d' « *Earlswood Asylum*, » et trouva chez un très petit nombre seulement les dents caractéristiques.

Hadden (1) s'exprime ainsi : « L'idiotie est souvent de nature syphilitique ; la fréquence de cette cause est cependant difficile à déterminer. »

Langdon Down accuse une proportion de 2 0/0. Mendel (2) attribue la faible proportion des cas où la syphilis entre comme cause de l'idiotie au fait que la plupart des enfants hérédo-syphilitiques meurent à une époque où ne peut pas encore parler de troubles intellectuels chez eux ; ceux qui survivent, et qui, à un moment donné, présentent des troubles intellectuels, n'ont plus, en général, de troubles manifestes pouvant être attribués à la syphilis.

Il relate un cas d'idiotie par hérédo-syphilis. A cet égard, mon maître, M. le Prof. Fournier, s'exprime ainsi : « Soyez sûrs qu'un certain nombre d'enfants arriérés, imbéciles ou idiots ne sont rien autre que des produits de l'hérédité syphilitique ».

Erlenmeyer (3) arrive à cette conclusion que l'épilepsie congénitale, avec ou sans *idiotie*, est très souvent occasionnée par la syphilis congénitale.

Ireland dit : « L'idiotie ne semble pas une conséquence fréquente de la syphilis héréditaire, bien que j'aie rencontré quelques cas qui en avaient l'apparence ».

Werner dit qu'il a rencontré dans sa pratique quelques cas où la syphilis amenait à l'idiotie.

Schuttleworth et Judson Bury expliquent la faible proportion de l'idiotie imputable à la syphilis héréditaire

(1) Congenital Syph. as a case of nervous diseases in children. Tr. Med. Soc. London, 1892-93, p. 59-64.

(2) Op. cit..

(3) Zeitschr. f. Klin. Med., 1891, p. 343.

dans les statistiques des asiles, à ce fait « que les parents qui amènent à ces asiles de charité leurs enfants, pensent qu'il serait mauvais d'avouer leurs antécédents syphilitiques antérieurs ; ils n'en font pas mention, s'en gardent bien, parce qu'ils craignent que de tels aveux provoqueraient la non-admission de leurs enfants ».

Gundry (1) s'élève contre l'opinion de ceux qui croient que la syphilis est un facteur de peu d'importance dans la production de l'imbécillité et de l'idiotie chez les parents issus de parents syphilitiques. Il rapporte la très-intéressante observation suivante :

« Il y a longtemps, j'avais un de mes amis, médecin
» de mœurs austères, qui contracta la vérole dans la
» pratique de son art. La maladie ne fut pas diagnostiquée
» et fut négligée. La vie parfaitement honorable que menait
» mon ami écartait de tous les esprits l'hypothèse d'une
» syphilis et l'on fut longtemps sans lui donner le traitement spécifique. Lorsque je le vis les symptômes
» étaient graves et le malade s'acheminait vers la paralysie générale, conséquence de sa syphilis. Quelques
» années après, en revenant dans mon pays, et visitant
» par hasard l'asile des idiots, je fus douloureusement
» ému de voir un jeune idiot que le surveillant m'apprenait être le fils de mon ami. D'après l'âge de l'enfant,
» je calculai qu'il était né à l'époque où son père souffrait des accidents étranges que ses amis ne reconnurent
» pas pour syphilitiques, mais qu'on traita plus tard comme
» tels avec un bénéfice apparent ».

Le même auteur continue : « Mon ami mourut de paralysie générale ; pas de doute à ce sujet. Je pense

(1) Internat. Méd. Congr., 1887.

qu'un pareil cas, dont on peut exclure l'alcoolisme, la débauche, où il n'y avait rien que la syphilis, plaide plus éloquemment pour elle qu'une foule d'autres, dans lesquels les facteurs étiologiques se superposent.

» Je vis dans nombre d'autres cas, quoique jamais d'une façon aussi démonstrative, de la faiblesse mentale et particulièrement de sens moral, de la débilité intellectuelle chez des enfants issus de parents syphilitiques. »

Judson Bury (1), dans son remarquable travail, dit : « L'opinion des auteurs qui trouvent qu'un rapport de cause à effet qui unirait la syphilis héréditaire à l'idiotie doit être rare ; une telle opinion est faite pour surprendre lorsqu'on se rappelle : 1° que les cas de folie provenant de la syphilis acquise ne sont rares en aucune façon ; 2° qu'on rencontre dans de pareils cas les mêmes altérations du crâne ou du cerveau qu'on trouve d'habitude dans la syphilis héréditaire. A la vérité le nombre d'autopsies de syphilis héréditaire où l'on a à signaler d'importantes lésions du cœur fait contraste avec les très rares observations des troubles mentaux observés dans cette maladie.

Mais il semble tout du moins improbable, pour ne pas dire plus, que l'épaississement du crâne, des enveloppes méningées, des artères cérébrales, causent moins de troubles mentaux en agissant sur un cerveau qui se développe encore, qu'elle n'en cause sur un cerveau entièrement développé.

L'auteur arrive à cette conclusion qu'il existe très certainement une idiotie syphilitique, et rappelant les cas intéressants éparpillés dans la littérature médicale et citant

(1) Brain. — London, 1883-84, p. 41-66.

six observations personnelles, il insiste sur le mécanisme variable de la production de l'idiotie : 1° Le développement du cerveau peut être entravé par l'épaisseur et la suture prématurée des os du crâne (obs. n° 1). Il peut s'arrêter par le fait d'un épaissement des méninges : la méningite chronique et la périostite crânienne sont fréquemment associées ; 2° Atrophie du cerveau par épaissement et rétrécissement des artères cérébrales, artérite syphilitique de Barlow, Chiari, Heubner ; 3° Sclérose cortico-cérébrale et atrophie des cellules nerveuses corticales ; 4° Suppression des excitations psychiques d'origine auditive et atrophie fonctionnelle cérébrale par lésions syphilitiques de l'oreille.

Dans un cas de M. Tarnier (1), l'idiotie était la seule manifestation de l'hérédité syphilitique : « Dès les premiers temps de la vie, dit le savant accoucheur, l'aspect étrange et l'habitus général de l'enfant avaient dirigé mon attention vers la recherche d'une étiologie syphilitique, bien que d'ailleurs rien d'autrement spécial ne justifiait ces soupçons. J'interrogeai le père en ce sens et j'appris de lui qu'en effet il avait contracté la syphilis peu de temps avant son mariage et ne s'en était jamais traité que d'une façon insuffisante ».

Un cas d'idiotie associé à l'épilepsie et à la microcéphalie se trouve dans l'observation suivante publiée par M. Lancereaux :

« Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans qui paraissait avoir tout au plus de 6 à 8 ans. Sa tête est extrêmement petite et déjà les os du crâne paraissent soudés entre eux. Cet enfant marche à la condition qu'on le

(1) Cité par Blaise. — Op. cit.

conduise; il est à peu près dépourvu d'intelligence et de mémoire. Il ne parle pas et c'est à peine si l'on parvient à lui faire dire 1 et 2. Il ne peut sortir la langue de sa bouche, bien que cet organe ait toute sa mobilité. Entêtement, habitudes de masturbation et depuis l'âge de 2 ans, accès épileptiformes. Les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts; le nez, un peu gros, et aplati. Les deux premières incisives sont crénelées et parsemées de petites dépressions; les deux autres incisives et les canines sont à peine sorties de leurs alvéoles, etc.»

Savage (1) cite quatre observations de syphilis héréditaire de l'idiotie et qui présentaient les traits communs suivants : Affection cutanée dans l'enfance, puis période durant laquelle l'enfant se porte bien et se montre assez intelligent; ensuite, après la deuxième dentition, chute marquée de l'intelligence et dépérissement corporel. Il y avait chez les quatre enfants une certaine parenté au point de vue de l'état mental. Tous ont perdu les notions qu'ils avaient pu acquérir à l'école.

D'autres cas pareils sont cités par Jackson et de Méric, etc.

Piper (2), dans un travail sur les causes de l'idiotie, a trouvé, sur 340 cas d'idiotie congénitale, 15 cas causés par la syphilis héréditaire. Nous résumons ces observations :

OBS. I. — F... est le quatrième enfant d'une mère qui a eu six grossesses et une fausse-couche de six mois. Le père était syphilitique et est mort, à l'âge de quarante-sept ans, de ramollissement cérébral. Jusqu'au dixième mois l'enfant était bien développé; c'est à une chute sur la tête que la mère attribue la lésion cérébrale, il n'a jamais parlé; il n'a marché qu'à deux ans.

(1) Internat. Méd. Cong., 1837.

(2) Op. cit.

OBS. II. — G... est le troisième enfant d'un père syphilitique, La mère a eu onze grossesses; la première, enfant mort-né; la deuxième, enfant mort, à l'âge de cinq mois, d'athrepsie; les 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, enfants morts en bas-âge sans que la mère puisse indiquer la cause de leur mort. L'enfant qui reste a présenté à l'âge de 4 semaines une éruption érythémateuse sur les mains et des éruptions répétées à la tête. Il n'a commencé à parler et à marcher qu'à quatre ans à peine, et a eu des convulsions de un à trois ans. Il était rachitique. A l'âge de huit ans il fréquentait l'école, sans succès, ne faisait que des sottises, vagabondait et tentait de se suicider.

OBS. III. — W... est le troisième enfant d'une mère qui a eu trois grossesses et deux fausses couches. De trois enfants l'un est mort à 4 mois 1/2. Dès la première année, on pouvait déjà reconnaître le caractère apathique et le manque d'énergie de cet enfant; rachitique à 2 ans, il n'a marché qu'à 5 ans et ne parlait pas encore. il a présenté à trois reprises des éruptions à la tête, aux pieds et sur tout le corps; il avait des convulsions à 3 ans, ainsi que la manie de détruire.

OBS. IV. — W... est dès sa naissance idiot à un très haut degré. Le père était syphilitique quelque temps avant la conception de l'enfant.

OBS. V. — E... est le 4° sur 6 enfants; le 2° avait la gueule de loup; le 5° et le 6° sont morts, à six mois, de cachexie; des 3 enfants qui restent, 2 se portent bien.

Trois mois avant la conception, la mère a été contaminée par son mari syphilitique *et c'est à cela qu'il faut attribuer l'idiotie de l'enfant.* Elle n'a été guérie qu'à la suite d'un traitement sérieux. Même après 9 ans il ne pouvait ni parler ni marcher, mais l'ouïe était bonne.

OBS. VI. — M... est le cinquième sur six enfants dont trois morts; un mort-né et deux morts de cachexie. Un de ces derniers avait présenté des bulles sur tout le corps; en se déchirant elles exhalaient une odeur répugnante... Les deux survivants étaient bien portants.

M... a eu aussi une éruption sur tout le corps. Son père a été traité à la Charité, pour des syphilides secondaires.

Les parents ont été frappés par la conformation de la tête de cet enfant, ainsi que par la fixité de son regard. Il n'a marché qu'à trois ans et n'a parlé qu'à quatre ans.

OBS. VII. — O... est le quatrième enfant d'une mère qui a eu quatre grossesses et une fausse couche de cinq mois. Trois enfants sont morts de cachexie à deux jours, quatre mois et trois ans. Son père était syphilitique.

OBS. VIII. — E..., enfant né d'un père syphilitique, a présenté à 14 jours une éruption varioliforme sur les mains. A 6 ans il fréquentait l'école sans succès. Il a eu des convulsions à 8 ans et à partir de ce moment il devient exalté, menaçant de tuer sa mère.

OBS. IX. — Fr.... est le premier enfant d'une mère qui a eu trois grossesses, dont un enfant mort de convulsions; le deuxième était bien portant. Il a eu des convulsions à partir de l'âge de 3 jours jusqu'à 6 semaines, et c'est à ce moment que s'est manifesté l'arrêt de développement physique et intellectuel. Son père était syphilitique et l'enfant a été traité aussi pour la syphilis à l'âge de 10 ans.

Dès la première année il était paralysé du côté droit.

OBS. X. — A...., deuxième enfant d'une mère traitée pour la syphilis au sixième mois de la grossesse. Vers l'âge de 2 ans les parents ont été frappés par l'état de l'enfant. Il avait des mouvements désordonnés et ne montrait aucune énergie; en même temps le côté gauche était paralysé. Il a eu des convulsions de 3 à 10 ans; il n'a marché qu'à 4 ans. Était porté à mentir et à voler.

OBS. XI. — M... est le deuxième enfant d'une mère qui a eu une fausse couche et quatre grossesses, dont trois enfants morts. Le père était syphilitique. A l'âge de 3 semaines l'enfant était très cachectique; à 7, il devint presque idiot.

OBS. XII. — M... est le quatrième enfant d'une mère qui a eu trois fausses-couches et huit grossesses; trois enfants bien portants; deux morts de scrofule; un à la suite de convulsions; un de syphilis à 9 mois. La mère a été infectée par son mari.

OBS. XIII. — X... est le quatrième sur cinq enfants dont un est mort à 2 ans; un autre à 1 an et 3 mois de cachexie; un troisième d'athrepsie. Le père était syphilitique. L'enfant n'a parlé et n'a marché qu'à 4 ans. Très peu développé au physique, il faisait l'impression d'un idiot.

OBS. XIV. — L... est le deuxième enfant d'une mère qui a eu cinq grossesses à terme. Un enfant est mort d'athrepsie; un autre de scrofule; le troisième était bien portant. Le père était

syphilitique (grand-père épileptique). A 6 mois il avait des taches sur la figure, sur les membres, ainsi que sur les mains. Il a eu des convulsions à 11 mois.

Tout récemment M. Bourneville (1) relate un cas d'idiotie complète chez un enfant né de parents syphilitiques.

Il s'agit d'un enfant dont les parents, à l'époque de la conception, étaient syphilitiques. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Bourneville, on doit attribuer à la syphilis les six fausses couches qu'a eues la mère en trois ans ; la première à six mois, huit mois après le mariage. Le septième enfant est le malade en question ; elle eut ensuite une fausse couche, puis une fille qui s'est tuée en tombant d'une fenêtre. Cette enfant semblait sur le coup d'une maladie du cerveau, était très nerveuse, commençait à loucher, etc., Dès le troisième mois, la mère s'aperçut que l'enfant (le sujet de cette observation) était anormal et signale elle-même les premiers signes de l'idiotie, indice d'un arrêt de développement congénital.

M. Bourneville conclut que l'enfant était atteint d'idiotie complète. Le père de l'enfant est mort de paralysie générale.

Nous ne saurions mieux présenter l'état de ces enfants, arrêtés dans le développement intellectuel par l'influence de l'hérédo-syphilis, qu'en donnant place à la description magistrale tracée par mon maître, M. le professeur Fournier :

« Ces enfants, dit-il, présentent le triste tableau d'un être à peu près totalement dépourvu d'intelligence,

(1) Progrès Médical, 29 fév. 1896.

automatique, machinal, n'ayant à sa disposition que quelques mots élémentaires, ne comprenant presque rien, ou même ne comprenant rien de tout ce qu'on peut lui dire ; si sa vie ne se borne pas absolument à manger, boire et dormir, elle se restreint du moins à une série d'actes instinctifs, à des allées et venues sans intention suivie, à des occupations enfantines, à des amusements ineptes, à des insanités de tout genre, sans parler même d'incidents passagers, tels que colères sans motifs, cris, gesticulations, violences, impulsions soudaines, brutales, quelquefois malfaisantes et toutes manifestations diverses du genre de celles qui composent l'ensemble symptomatologique de l'*imbécillité* et de l'*idiotie*. Ajoutons qu'il n'est pas rare d'observer dans les mêmes conditions, coïncidemment avec cette dégradation de l'intelligence, certains troubles de la motilité, à savoir : incertitude des mouvements, maladresse des mains, tremblements passagers, défaillances d'équilibre, faiblesse des jambes, faiblesse des quatre membres, état de parésie musculaire généralisée ».

Pour le Dr Savage (1), la syphilis héréditaire peut être une cause d'idiotie ; et il classe les cas sous trois rubriques :

1° Ceux qui présentent un arrêt de développement général et de plus un arrêt moral et intellectuel. D'après lui cette classe renferme les enfants qui peuvent être rangés dans les différentes catégories d'idiots. Leur caractéristique se trouve dans les antécédents syphilitiques de leurs parents, alors qu'on observe chez eux des signes évidents de syphilis héréditaire ;

2° Ceux qui présentent des tares sensorielles et consécutivement un affaiblissement mental. Ce groupe comprend

(1) Cité par Crooke. — La Syphilis. London, 1895.

des cas de surdité ou de cécité, ou les deux à la fois, dus à la maladie héréditaire, et lorsque ces défauts se sont produits en bas-âge, l'idiotie a été causée par le manque de stimulation sensorielle ;

3° Ceux qui présentent de l'épilepsie ou de la paralysie et une idiotie consécutive. Il y a deux divisions à faire : les épileptiques et les paralytiques. L'épilepsie débute fréquemment par des convulsions de la première enfance, et les attaques, en devenant habituelles, retardent le développement mental. Chez les paralytiques et dans quelques cas d'épilepsie, une lésion cérébrale localisée peut être la cause de l'épilepsie ou de la paralysie qui se complique de l'idiotie. D'après ce qui précède, tout plaide donc en faveur de l'existence d'une idiotie syphilitique.

Il paraît aujourd'hui avéré, indiscutable, que les enfants nés de parents syphilitiques sont parfois frappés de déchéance intellectuelle ; la syphilis aboutit quelquefois, par arrêt de développement du cerveau, à créer des enfants bornés, des imbéciles et même des idiots ; elle frappe le cerveau au début de son évolution et elle exerce sur lui la même action dystrophique que sur les autres viscères.

D'Astros (1) dans une belle observation avec autopsie, montre que l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis peut s'exercer sur le cerveau d'une manière très-précoce dans la vie intra-utérine et troubler ainsi profondément l'évolution de cet organe.

Dans ce cas l'encéphale rudimentaire, l'absence des organes hémisphériques (corps calleux, trigone) et l'absence de soudure entre les couches optiques qui proviennent du

(1) Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon. — Marseille méd., 1891, p. 801-805.

cerveau intermédiaire et le corps strié qui dérive du cerveau antérieur (ou hémisphérique), indiquait que la cause d'arrêt du développement encéphalique a produit déjà ses effets avant le 4^e mois de la vie intra-utérine, à laquelle se fait normalement la soudure qui réalise les corps opto-striés. D'après l'auteur, cette date n'implique pas d'ailleurs celle de la cause elle-même qui peut n'avoir pas arrêté d'emblée complètement l'activité évolutive du cerveau et au contraire être antérieure d'assez longtemps à ses propres effets.

Gardie (1) attribue à un non-développement des cordons antéro-latéraux de la moelle toutes les manifestations qu'on observe quelquefois dans l'hérédo-syphilis comme : retards de développement tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, marche tardive, faiblesse musculaire générale avec atrophie marquée, absence presque absolue de certains groupes musculaires, contracture légère de certains groupes, incertitude et incoordination dans les mouvements, démarche titubante, pas inégaux, déformations crâniennes, dentaires, etc., avec le début dans la plus tendre enfance.

Erlenmeyer (op. cit) arrive à cette conclusion qu'il existe une variété d'affections cérébrales avec arrêt unilatéral de développement et convulsions chez les enfants, provenant le plus souvent de la syphilis héréditaire.

Le même auteur (2) a observé chez cinq enfants, traités par lui pour épilepsie jacksonienne, caractérisée surtout par des convulsions latérales, que les extrémités atteintes de convulsions étaient beaucoup moins développées que les autres. Le bras était raccourci de trois centimètres, le pied de deux. Il attribue cette déformation à un arrêt

(1) Thèse de Paris, 1889.

(2) Centralbl. Wiener Kunde und Psychiatrie, 1891, p. 457.

de développement des cercles corticaux et est porté à croire qu'il est causé par un certain degré d'atrophie produit par la syphilis héréditaire, qu'il a d'ailleurs trouvée dans ses observations.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous venons d'exposer les manifestations dystrophiques de la syphilis héréditaire, tant au point de vue physique qu'au point de vue cérébral ; mais il nous reste encore plusieurs points à examiner. La syphilis est-elle la seule cause capable de produire ces manifestations ; ou existe-t-il encore d'autres causes pouvant se manifester de la même manière ? Et si la syphilis produit de la dystrophie, ce qui ne saurait faire de doute, la présence de ces troubles chez un sujet peut-elle nous permettre d'affirmer la syphilis des ascendants ?

Quant au premier point, il semble qu'on pourrait avancer, quoique le sujet n'ait pas été encore suffisamment étudié, que beaucoup de causes banales sont à même de les produire ; la dystrophie native, caractérisée par des avortements répétés ou par des accouchements prématurés, a été observée en dehors de la syphilis dans diverses intoxications. Dans nos observations recueillies avec M. Gastou sur tous les enfants qui se présentaient à la Policlinique, dans le service de mon maître, M. le Professeur Fournier, la fréquence de la poli-mortalité hérédotuberculeuse avait attiré notre attention et devait être, de notre part, l'objet d'un mémoire. J'ai, pour ma part, fait des recherches sur l'hérédotuberculose, et j'ai été souvent

frappé de voir dans des familles où l'on ne pouvait constater aucun indice en faveur de la syphilis, et où il existait, au contraire, des antécédents tuberculeux, qu'on trouvait parfois de nombreuses fausses couches, une grande mortalité infantile, certains stigmates de dystrophie, etc.

Constantin Paul, dans un mémoire remarquable sur l'hérédité dans le saturnisme, a attiré l'attention sur les accouchements prématurés dans les familles d'ouvriers travaillant dans le plomb.

L'intoxication alcoolique amène le même résultat désastreux ; cela est connu de vieille date.

Les expériences de Gley et Charrin, de Verney, de Moreau, qui ont porté sur des intoxications diverses (Toxines pyocyaniques, tuberculose, néoplasmes), ont montré l'importance de ces intoxications dans la production des accouchements prématurés et des troubles dystrophiques.

Quant à nous, nous pensons que ces troubles de la nutrition, avec toutes leurs conséquences, peuvent être le résultat de n'importe quelle infection intense, mais qu'ils se produisent avec plus de fréquence dans l'hérédité syphilitique, parce que la syphilis est la cause la plus puissante des dégénérescences et des déchéances organiques.

Et, s'il en est ainsi, qu'il devient difficile de conclure à la syphilis des ascendants chez des sujets affectés de dystrophie.

On ne peut y arriver que si l'hérédité se traduit par de véritables manifestations syphilitiques ; or, tous ces stigmates de dystrophie, comme l'a démontré M. Fournier, tout en étant d'origine syphilitique, ne sont pas de nature

syphilitique et n'offrent donc aucune preuve pour la syphilis.

Mais peut-être pourrait-on se baser sur l'aveu des parents? Tous ceux qui ont eu occasion de voir des syphilitiques, spécialement dans la clientèle hospitalière, reconnaissent la grande difficulté qu'on éprouve à leur arracher l'aveu d'une syphilis antérieure, surtout quand l'accident primitif remonte à plusieurs années déjà; quand il s'agit d'une femme, la difficulté est encore plus grande, et M. Fournier l'a très bien dit en ces termes : « Sachez bien ceci : pour votre gouverne, sauf exceptions rares, une femme n'avoue jamais la vérole, même à son médecin. » N'oublions pas d'ailleurs que la femme ignore souvent la syphilis dont elle est atteinte, et que les parents, en maintes occasions, la nient de bonne foi.

Mais supposons le cas d'un enfant avec des stigmates certains de dystrophie syphilitique et avec l'aveu des parents; pourrions-nous dire que ces dystrophies dérivent d'une façon certaine de la syphilis? Cette question, comme l'a fort bien remarqué mon maître, M. le professeur Fournier, est encore difficile à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances.

En effet, on ne peut regarder comme stigmates certains de syphilis héréditaire que les éléments qui en dérivent directement, par exemple : les cicatrices linéaires typiques qu'on observe chez les hérédosyphilitiques aux commissures labiales, témoignent généralement de fissures spécifiques qui ont existé dans la première enfance à ces endroits; une perforation du palais plaidera toujours en faveur d'une ancienne gomme, d'une ancienne ulcération qui en aurait été l'origine. Ces stigmates qui dérivent directement de la syphilis, qui ne sont, à proprement

parler, que de la syphilis, servent de preuve inaltérable pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Pourrait-on dire la même chose d'un stigmate de dystrophie chez un enfant syphilitique héréditaire ? Non ; parce que ces stigmates ne sont pas de la syphilis ; elles n'en dérivent pas directement. Elle n'est pas la seule cause ; d'autres causes banales peuvent se surajouter. Pour ces stigmates, nous ne pourrions conclure à leur spécificité que quand ils seront accompagnés d'autres qui dérivent directement de la syphilis.

On est amené à cette idée par ce fait qu'on observe des malades affectés de stigmates de dystrophie hérédo-syphilitique certaine, comme la dent d'Hutchinson par exemple, qui peuvent subir une nouvelle infection syphilitique (1) ; or, la réinfection syphilitique — à part quelques cas cités qu'on ne peut pas encore regarder comme authentiques — est loin d'être démontrée. Comment donc expliquer que ces malades, qui portent la dent d'Hutchinson ou encore d'autres signes dystrophiques, puissent subir une nouvelle réinfection.

C'est encore un point à éclaircir ; le sujet est encore à l'étude.

Mais pourquoi la dystrophie frappe-t-elle un organe plutôt qu'un autre ? Aujourd'hui on est presque unanimement d'accord pour faire intervenir les antécédents héréditaires. Tel enfant qui a reçu une tare nerveuse par hérédité subira l'influence dystrophique sur son système

(1) Dans la thèse d'Augagneur (op. cit.), on trouve le cas d'un malade ayant la dent d'Hutchinson typique et contractant la syphilis.

Des faits analogues ont été signalés par mon maître, M. le professeur Fournier, dans ses leçons.

Ranemier, cité par Mauriac (Traité sur la syphilis héréditaire tardive), a publié 3 cas de syphilis acquise chez des malades qui avaient la dent d'Hutchinson.

nerveux : l'arrêt de développement, s'il fallait qu'il se produisit, portera sur son cerveau, alors qu'un autre sera frappé dans un organe tout à fait distinct. Tout récemment, M. Hanot, dans une remarquable étude sur les maladies progressives (1), attribue aux antécédents organiques de date endo-utérine un rôle de premier ordre : « Sans eux, dit-il, toute étiologie, toute pathogénie, reste obscure et tronquée.

» L'individu naît avec un dossier pathologique chargé des incidents de la vie embryonnaire et fœtale. Le compte morbide à la naissance est déjà ouvert : la partie de notre évolution à laquelle nous donnons exclusivement le nom de vie parce que c'est d'elle seule que nous avons conscience, notre évolution extra-utérine ne fait que continuer la série physiologique ou pathologique. Les causes morbides que nous pouvons distinguer et analyser s'ajoutent aux transformations déjà produites — *ab ovo* — et subissent, du fait même de leur succession, des aggravations ou atténuations subordonnées à l'état préalable ».

C'est encore de la même manière qu'on peut expliquer comment la syphilis peut faire naître des prédispositions morbides. Par la perturbation générale qu'elle est capable de provoquer, elle peut aboutir à une profonde détérioration organique et par ce même processus à l'hérédité morbide dissemblable. C'est dans ce sens qu'on peut accepter cette phrase de Laschewitz, qui résume l'opinion d'un grand nombre de cliniciens : « Il y a des familles qui méritent à bon droit le nom de pathologiques ; on y voit un individu atteint d'épilepsie, un autre d'atrophie musculaire progressive, un troisième est fou, un qua-

(1) Bulletin Médical, 1895, 26 fév.

trième est phthisique; et quand on remonte à l'origine du mal, la pathologie répond : syphilis ».

DIAGNOSTIC

Nous serons bref sur le diagnostic de la dystrophie produite par la syphilis héréditaire.

Il serait fastidieux de revenir sur ce que nous avons déjà exposé longuement dans le cours de notre travail.

On fera le diagnostic en se basant sur :

1° *L'habitus extérieur* : gracilité des formes ; infantilisme.
2° *Retard dans la marche, dans l'apparition des dents ; retard de la parole, etc.* — 3° *Malformations diverses* ; malformations oculaires, crâniennes, nasales, etc. Malformations dentaires, etc. ; 4° Enquête sur la famille, relevant la syphilis chez les parents ; et enfin sur les nombreux avortements ainsi que sur la polymortalité infantile.

TRAITEMENT

Le traitement des dystrophies d'origine hérédo-syphilitique est surtout prophylactique.

C'est en traitant énergiquement la syphilis des parents, et principalement la syphilis de la mère, par les moyens connus, mercure et iodure, qu'on peut prévenir dans une certaine mesure l'apparition des troubles dystrophiques chez les enfants.

Journellement on peut constater l'efficacité du traitement qui assure l'accouchement à terme ainsi que la

viabilité du fœtus dans les hôpitaux où les mères sont traitées avant et pendant la grossesse.

Dans le service de mon maître, M. le professeur Fournier, où les femmes syphilitiques sont traitées et suivies pendant et après l'accouchement, nous avons eu maintes fois l'occasion de voir les enfants nés de ces mères, présentant très peu de troubles dystrophiques et parfois pas du tout ; et nous avons entendu à de nombreuses reprises M. Fournier, en nous présentant un pareil enfant jouissant d'une belle santé, s'exprimer ainsi : « Les enfants syphilitiques ne sont pas toujours ces enfants rabougris, ratatinés, vieillots qu'on a l'habitude de décrire généralement ».

Certainement, à côté du traitement, il faut faire une large part au fait que ces enfants favorisés sont nourris par leurs mères, surtout lorsque leur lait est bon et en quantité suffisante, et ici, plus que partout ailleurs peut-être, s'applique le mot de mon maître M. le professeur Pinard : « Le lait de la mère appartient à son enfant ».

Malheureusement une mauvaise alimentation, une hygiène défectueuse, le surmenage, toutes causes qui influent si fréquemment sur la nutrition de la mère pendant la grossesse, peuvent naturellement avoir une influence nocive sur l'enfant et favoriser la dystrophie causée par la syphilis héréditaire chez le fœtus.

M. Pinard a fait remarquer en maintes occasions l'influence désastreuse du surmenage, de la misère, sur l'évolution de la grossesse. Dans la syphilis, naturellement, indépendamment du virus propre, le fœtus souffre d'autant plus des privations des parents, et les enfants des classes pauvres sont en général, plus que les enfants des riches, frappés de déchéance et de dépression organique.

Certes, dans ce cas, le traitement spécifique sera aidé par l'hygiène sociale sous forme de maisons de refuge pour les femmes enceintes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Gh. Let..., âgé d'environ 15 ans.

Antécédents héréditaires. Père bien portant, dit n'avoir jamais eu la syphilis ; mais présente sur le corps une série d'abcès fessiers et trochantériens dus (?) à la fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans.

Mère bien portante ; dit n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques.

A eu six grossesses : deux fausses couches de 3 mois et quatre enfants, nés à terme dont un est mort à 6 semaines, à la campagne sans que la mère puisse préciser sa maladie. Des trois enfants qui lui restent, deux filles sont bien portantes et le garçon est notre malade.

Antécédents personnels. Le malade, venu à terme, était nourri par sa mère qui nous dit que dans le premier âge, l'enfant a grandi lentement ; il a parlé à un an, il a marché tard ; à 2 ans, il était toujours maigre ; a eu des convulsions depuis l'âge de 9 mois jusqu'à 12 ans ; quand elles ont cessé a eu une attaque qui, d'après la mère, simulait le mal comitial (il avait de la mousse autour de la bouche, les yeux tournés). Mais l'attaque ne s'est pas reproduite. Cependant l'enfant a encore parfois *des moments d'oubli* ; ses yeux tournent, mais il ne tombe pas.

Etat actuel. Ce qui frappe au premier abord, c'est son habitus extérieur, la petitesse de sa taille pour son âge et aussi la gracilité de ses formes.

On observe aux commissures des lèvres de petites cicatrices formées de petis points blanchâtres qui réunis prennent la forme linéaire. On trouve des cicatrices analogues à la région lombo-fessière, ayant l'aspect décrit par Parrot.

Comme lésions du squelette, le front présente de chaque

côté de la légion médiane deux bosselures assez prononcées ; le nez n'a rien d'anormal.

Mais c'est surtout aux tibias que les lésions prennent plus d'importance. La mère dit que depuis deux mois environ, elle s'est aperçue que les jambes de l'enfant commençaient à augmenter de volume, à leur partie médiane ; l'enfant avait des douleurs, surtout pendant la nuit. A l'inspection, on trouve actuellement sur les deux tibias, à une certaine distance de la diaphyse, un épaississement de l'os, une hyperostose avec des nodosités et des irrégularités de surface, et une ébauche d'incurvation pseudo-rachitique ou d'une lame de sabre.

Pas d'arthropathies déformantes, ni d'hydarthrose chronique.

Les testicules sont peut-être un peu au-dessous du volume normal à l'âge de l'enfant ; mais ils ne présentent aucune irrégularité, aucune nodosité, aucune dureté particulière.

L'examen des yeux ne relève rien, même à l'ophtalmoscope.

La sensibilité est conservée, les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation ; aucun trouble du côté des muscles oculaires.

Rien du côté des oreilles.

Quant au système dentaire, il y a eu du retard dans l'apparition des premières dents ; vers un an et jusqu'à 18 mois il n'avait que deux dents.

A l'examen on ne trouve pas d'engrenage vicieux des arcades dentaires, ni d'arrêt de développement ; mais une irrégularité d'implantation ; l'écartement de certaines dents, la *persistance des dents de lait*. Ainsi, à la mâchoire supérieure il manque les deux incisives latérales, qui, d'après sa mère, n'ont jamais poussé. Les deux incisives moyennes, la canine gauche, la deuxième molaire du même côté *sont des dents de la première dentition*. La première canine gauche est très réduite (microdontisme).

A la machoire inférieure les dents sont de la seconde dentition ; les incisives sont éloignées et présentent des érosions en cupule. Les premières molaires sont atrophiées ; en plateau.

Rien du côté des viscères.

OBSERVATION II (personnelle).

Rich..., âgé de 6 ans, est amené par sa mère à la Polyclinique, pour une gomme du front.

La mère de l'enfant nous dit que son mari n'a jamais eu la syphilis ; mais elle a eu un an après son mariage (datant de 9 ans) une éruption de boutons à la région vulvaire qui a disparu après un traitement iodique prescrit par un médecin. A eu une nouvelle éruption il y a deux ans sur les membres et la figure, qui n'a disparu que depuis six mois ; elle ignorait qu'elle avait eu la syphilis et la niait avec insistance. Mais la figure est actuellement le siège d'une éruption miliaire constituée par de petites papules de la couleur du jambon, de forme circonscrite et groupées principalement à la région circumbuccale, sourcilière, etc., nous faisant penser à une syphilis ignorée.

L'ayant fait déshabiller, nous avons constaté des syphilides sèches sur les jambes et la cuisse gauche dans presque toute son étendue et des syphilides analogues à la région du coude des deux côtés.

Il est à noter que malgré ces vastes placards, la mère affirmait n'avoir rien sur le corps. Elle nous dit avoir eu souvent de la céphalée, surtout la nuit ; ses cheveux sont tombés ; elle a eu des pertes abondantes qui l'obligeaient à garder le lit, ainsi que des retards dans ses époques (fausses couches?)

Elle a deux enfants, un garçon et une fille ; tous les deux présentent des signes évidents de syphilis héréditaire ; le garçon, notre sujet, a une gomme au front ; l'aspect chétif, infantile, typique en un mot des enfants hérédo-syphilitiques. Il a *marché tard* ; à 18 mois, il a commencé à ébaucher ses premiers pas ; signes de rachitisme des membres inférieurs ; le thorax est bombé. A *parlé tard*, à 3 ans passés, et encore, à présent, il parle difficilement.

A eu sa première dent vers un an.

Même retard au point de vue intellectuel ; la mère l'estime « arriéré » relativement surtout à son deuxième enfant qui est très intelligent. Présente des bosses frontales très prononcées. Pas de cicatrices sur le corps. — Les testicules sont durs, irréguliers.

A eu une ophthalmie à sa naissance, mais jamais d'écoulements d'oreilles ; d'ailleurs l'examen ophtalmoscopique et celui des oreilles n'ont rien relevé.

Présente une mauvaise implantation des dents : à la mâchoire supérieure les incisives médianes ont leur sommet érodé en forme de dent de scie ; l'incisive latérale gauche est triangulaire

et pointue, rappelant la dent de poisson ; les canines ont leur extrémité libre atrophiée et réduite à un tronçon exigü. A la machoire inférieure, les deux premières grosses molaires ont leur surface triturante irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses. Rien du côté de la voûte palatine ; rien du côté des viscères.

Son deuxième enfant, fille âgée de 8 ans, n'a présenté de retard, ni dans la marche, ni dans l'apparition des premières dents ; a parlé aussi de bonne heure ; ne présente d'autre stigmate que des bosses frontales saillantes, et de la gracilité des formes. Pas de cicatrices sur le corps. A eu des écoulements d'oreilles, et porte à un œil une taie sur la cornée ; mais l'examen des oreilles et des yeux ne révèle aucune lésion. Pas de dystrophie dentaire bien prononcée ; mais a les deux molaires notablement raccourcies et se terminant par une surface plane. A une *molaire géante*.

OBSERVATION III (personnelle).

Tho...., âgé de 16 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour la gale.

Ses bosses frontales très prononcées, son nez mal conformé à base écrasée, attirent l'attention de M. Fournier.

Très maigre, de taille beaucoup trop petite pour son âge, l'enfant ne porte pas son âge.

Il présente des cicatrices linéaires circumbuccales et plusieurs autres cicatrices à la région iliaque et trochantérienne.

En outre il a une mauvaise implantation des dents : les incisives médianes supérieures ont leur sommet coupé en demi-lune, mais très profondément. Aussi pourrait-on dire qu'elles offrent le caractère des dents d'Hutchinson, mais à un degré exagéré. — L'érosion porte sur les deux dents et est symétrique. Les premières grosses molaires d'en haut sont cariées ; toutes les incisives du bas portent des érosions en sillon. Les grosses molaires d'en bas sont raccourcies et coupées en plateau.

Les testicules sont petits, durs ; les organes génitaux ainsi que les aisselles sont dépourvus de poils.

La mère ignore si son mari a eu la syphilis, elle-même n'a eu aucune éruption sur la peau. Elle a eu six enfants bien portants ; l'un d'eux est rachitique. Quant à celui qu'elle nous amène, elle affirme qu'il s'est toujours bien porté ; mais il a eu

du retard dans la marche; il n'a parlé que très tard. Elle ne peut préciser la date de l'apparition de la première dent. L'enfant a eu des écoulements d'oreilles, mais jamais d'affections des yeux.

OBSERVATION IV (personnelle).

M..., âgée de neuf ans.

La mère a été traitée dans le service pour des gommès des pieds; on en voit encore très nettement les cicatrices. L'accident initial a passé inaperçu. Elle a eu la roséole en 1883; mais avant son entrée dans le service elle n'avait été traitée qu'imparfaitement.

A partir de 1883, elle a eu *trois fausses couches*; la première de cinq mois; la deuxième de sept mois, enfant mort et macéré; puis une grossesse à terme en 1885, enfant mort et macéré. En 1886 elle a commencé à se faire soigner et à la fin de cette année, elle accouchait à terme d'un enfant qui ne présentait rien de spécifique, et en 1889 d'un autre sans éruption à sa naissance. Nouvelle grossesse en 1890 (enfant mort à un mois); puis en 1893 (enfant mort à 15 mois de méningite ?) Enceinte actuellement de sept mois; grossesse normale. Le mari a eu la syphilis en 1835.

L'enfant qu'elle nous amène est grêle de formes, avec de l'adénopathie cervicale. — A marché à treize mois; a parlé de bonne heure. Pas de retard dans l'apparition de la première dent. Front olympien. La voix est un peu nasonnée; mais on ne trouve aucune lésion ni dans le nez, ni à la voûte palatine. Pas de cicatrices sur le corps, ni d'exostoses.

N'a jamais eu d'écoulements d'oreilles ni de maladies d'yeux.

Arcades dentaires normales; mais irrégularité des dents; les incisives médianes supérieures présentent la *forme en scie*; la canine gauche est très réduite (microdontisme). — Les premières molaires inférieures sont piquetées; plusieurs dents sont cariées.

Un autre enfant, âgé de 7 ans, a l'intelligence peu développée, d'après les parents.

Il n'a *marché qu'à 2 ans*, n'a *parlé qu'après 3 ans* et même maintenant parle avec difficulté. L'apparition de la première dent a été tardive.

A le front olympien. irrégularité dentaire : les incisives inférieures sont réduites de volume.

La mère a actuellement du psoriasis palmaire (syphilitique).

OBSERVATION V (personnelle).

S...., âgée de 3 mois, amenée par sa mère dans le service.

La mère ne présente pas d'accidents syphilitiques évidents; mais elle nous dit qu'il y a 3 ans, ayant accouché et manquant de linge, elle se servit des draps d'une de ses voisines. Celle-ci était syphilitique, comme elle l'a appris depuis. Quelque temps après (sans qu'elle puisse préciser après combien de jours), elle eut une éruption de boutons sur la poitrine, boutons qu'elle nous décrit fort bien; « de tous petits boutons roses, imperceptibles », et aussi une céphalée pendant 3 mois environ, avec chute de cheveux, maux de gorge.

Avant cette époque elle eut cinq grossesses, ses enfants bien portants n'ont rien présenté d'anormal sur la peau; nous en avons vu deux qui n'avaient aucun stigmate de syphilis; deux autres sont morts à la suite du croup; pas de fausses-couches avant ces 3 ans; mais depuis cette époque (moment d'infection probable), elle a accouché à 7 mois d'un enfant mort et macéré et ensuite de l'enfant qui nous est présenté.

Enfant très débile, à *l'aspect hideux, vieillot*; le front très bombé est le siège d'une circulation veineuse intense, le nez est affaissé. Il a le cri faible habituel à la plupart des enfants syphilitiques. Toute la figure est couverte par une éruption caractérisée surtout par des fissures plus ou moins profondes à la région circumbuccale, sur la lèvre supérieure, sur la lèvre inférieure et donnant à la figure l'aspect « craquelé. » Des sillons linéaires au nombre de trois ou quatre, d'une longueur de quatre centimètres environ, couvrent la joue gauche. Des fissures analogues et de la même longueur prolongent à droite l'arcade sourcilière et sont surmontées par une gomme cutanée de la dimension d'un petit furoncle; une autre gomme un peu plus grande est située sur la face latérale gauche du front. Une éruption de syphilide papuleuse fait presque entièrement le tour du cou. Petite gomme derrière l'oreille gauche. Des fissures analogues aux premières se trouvent sur la joue droite, surtout

à la partie voisine de la région circumbuccale. La région sus-hyoïdienne médiane est parsemée de petites fissures et, par places, de papules.

On observe aussi des syphilides sur les membres et, par places, de la desquamation consécutive à des bulles antérieures. Sur l'avant-bras gauche, une autre gomme cutanée de la dimension de celle du front. Les membres inférieurs, surtout à leur partie interne, sont couverts de papules ulcérées par places, et sur d'autres points de véritables gommages. On trouve des syphilides papuleuses sur toute la partie latérale du thorax et de l'abdomen et à la partie interne des cuisses; à la région dorsale et au-dessus du sacrum, sur une étendue de trois à quatre travers de doigt, de vastes gommages cutanés, tuméfiants, fluctuants et dont l'ouverture a donné issue à un pus épais crémeux.

L'état général est mauvais; peau flasque, trop large pour contenir les parties molles et le squelette et glissant facilement sur les surfaces sous-jacentes. La température est sensiblement élevée; sclérome des membres inférieurs. Foie gros, rate augmentée de volume; rien du côté des poumons.

Le poids au 31 mars est de 3 kil. 450; l'enfant diminue de poids les jours suivants; il arrive à 3 kil. 355 vers le 3 avril, à 3 kil. 200 le 6 avril, pour augmenter ensuite quand la mère demande à quitter le service.

L'enfant est mort, quelque temps après, de méningite.

OBSERVATION VI (personnelle).

Marie G..., âgée de 6 mois, entre avec sa mère dans le service pour une éruption sur tout le corps. C'est un enfant né à terme qui déjà à sa naissance présentait, nous dit la mère, des bulles siégeant sur les malléoles ainsi que des lambeaux épidermiques plantaires. Elle a le coryza depuis sa naissance. Il y a 2 mois l'enfant a eu pour la première fois, sur tout le corps, une éruption qui disparut à la suite d'un traitement qu'on lui fit subir à l'hôpital Saint-Antoine. L'éruption a reparu il y a 15 jours et a débuté par le siège.

L'enfant présente l'aspect habituel des enfants hérédosyphilitiques: affaibli, amaigri, vieillot, front ridé, cri lent qui n'est pas le cri de son âge. *Front à bosselures latérales très prononcées.*

L'éruption est constituée par des placards érythémateux et érythémato-squameux s'étendant principalement sur les fesses, sur la partie postérieure des cuisses et des jambes et arrivant jusqu'à la plante des pieds qui ne présentent rien d'anormal actuellement. En avant, l'éruption conservant le même caractère, commence autour de l'ombilic et s'étend aux régions inguinales et aux parties autéro-internes des deux cuisses jusqu'aux deux malléoles. La partie externe de tout le membre gauche est indemne.

Sur la figure, l'éruption, presque toujours de même caractère, est limitée surtout au menton qu'elle recouvre en totalité, et contournant les commissures labiales arrive jusqu'aux ailes du nez. Elle prend là le caractère des syphilides circonécées ainsi qu'autour des yeux. On remarque quelques éléments papuleux sur la joue gauche.

Syphilides fissurales dans la région des commissures des deux côtés. Le foie est gros, ainsi que la rate. Placards érythémato-squameux à la partie antérieure et inférieure des avant-bras et quelques éléments papuleux isolés sur la partie dorsale du poignet droit.

Bien qu'on ne trouve pas d'antécédents spécifiques chez la mère, M. Fournier, d'après l'aspect de l'éruption et sa configuration ainsi que d'après le faciès de l'enfant, porte le diagnostic d'hérédo-syphilis et prescrit le traitement anti-syphilitique. Les jours suivants, à la suite du traitement, l'éruption va en diminuant, et au bout de trois semaines l'enfant sort guéri.

La mère n'a pas eu de fausses couches ni de grossesses antérieures.

OBSERVATION VII (personnelle).

F..., âgée de 7 ans 1/2.

La mère a été soignée dans le service pour une glossite syphilitique; n'a pas eu de fausses couches. Une seule grossesse. L'enfant petit, grêle de formes, a 1^m07. A eu en naissant du psoriasis palmaire et plantaire et a été traité aux Enfants-Assistés par des bains de sublimé. A trois mois, il avait des abcès à la tête et une incurvation de la colonne vertébrale et de la jambe droite, déviée en dedans. A marché à 3 ans passés et n'a parlé qu'après 2 ans. La date de l'apparition de la première dent est inconnue.

Présente sur le corps les cicatrices de Parrot. Le squelette, actuellement, n'offre rien de particulier. Du côté des oreilles, on trouve des traces d'otite catarrhale. L'oreille a coulé, paraît-il ; l'écoulement devait probablement provenir d'une lésion du conduit, car on ne trouve pas de traces d'écoulement ancien sur la membrane du tympan.

Dents. Au maxillaire supérieur, les incisives médianes sont des dents permanentes et sont érodées en dents de scie. (*Dents en spinule typique*) à leur surface triturante. Les premières grosses molaires ont également leur surface triturante érodée.

Au maxillaire inférieur, les incisives médianes permanentes ont leur surface triturante formée par un bord coupant et découpé en forme de dents de scie. Erosions sur les premières grosses molaires. Les dents temporaires n'offrent rien d'anormal, sauf au maxillaire inférieur, où les canines ont leur cuspide érodée. Absence de l'incision latérale gauche qui n'a jamais poussé. Du côté des yeux rien d'anormal.

OBSERVATION VIII (1)

C..., cartonnière, 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort par accident, à l'âge de 32 ans; on ne peut pas apprendre de la mère s'il a eu la syphilis; mais il menait une vie aventurière. Avant la conception de la malade, il aurait eu la *jaunisse*, à la suite d'un voyage en Amérique.

Mère dit avoir été toujours bien portante; n'a jamais eu d'éruption, a eu quatre grossesses, pas de fausses couches; le premier enfant, né avant terme à huit mois, est mort après huit jours, sans qu'il ait *présenté aucune maladie*; le deuxième enfant est notre malade; un troisième enfant est bien portant, un quatrième enfant est mort à huit mois sans avoir eu aucune maladie.

Antécédents personnels. — La malade, âgée de 21 ans, a été nourrie par sa mère; est venue à terme. Par des renseignements, sa mère nous dit que dans la première enfance, l'enfant a grandi *lentement, péniblement*, « elle n'arrivait pas à grandir », voici l'expression de la mère; elle a *marché tard*,

(1) Cas présenté avec M. Gastou, chef de clinique du service, à la Société de Dermatologie et Syphillographie. Séance du 13 mai 1896.

à 5 ans elle ne marchait pas encore ; elle était toujours maigre, elle a eu des *convulsions* à partir de l'âge de 8 mois, et à la suite serait survenu la perte de la vue de l'œil gauche.

A la naissance déjà elle présentait l'œil gauche moins grand que le droit. Elle *louchait* déjà.

Elle a *parlé tard* — à 18 mois ; — l'apparition de la première *dent était tardive*, à 18 mois elle n'avait pas encore de dents. A été réglée après 19 ans, très mal réglée.

Pas d'écoulement d'oreilles dans l'enfance.

A l'âge de 8 mois elle aurait eu une éruption sur tout le corps, que la mère a qualifiée d'eczéma, et c'est de là que datent toutes les *cicatrices* qu'elle présente sur le corps.

État actuel. — Tout d'abord on est frappé par l'état d'*infantilisme* de la malade ; malgré ses 21 ans, elle nous affirme elle-même qu'on ne lui donne jamais plus de 14 ans.

Sa taille ne mesure guère que 1^m33. La constitution est maigre, le tissu musculaire et adipeux, très peu développé, la peau est tégangiectasique. Elle présente les *mamelles* presque hypertrophiées.

Sur le corps on aperçoit un grand nombre de *cicatrices*, quelques-unes sur la poitrine ; la malade dit qu'elles sont survenues à la suite de son eczéma qu'elle aurait eu à l'âge de 8 mois ; un grand nombre des cicatrices, dans *le dos*, dans la région interscapulaire et la région scapulaire gauche. Un grand nombre de cicatrices pareilles dans la *région lombaire* inférieure ; sur les régions *trochantériennes* des deux côtés, qui par leur siège et leur forme ressemblent aux cicatrices de Parrot.

On trouve une *asymétrie très prononcée de la face* ; inégalité de grandeur entre les deux yeux ; l'œil gauche plus petit, la vue y est disparue ; strabisme convergent.

A la bouche, à côté des fissures récentes, qui occupent les deux lèvres, on voit aux commissures labiales des deux côtés des *cicatrices blanches, linéaires*, qui sont de date ancienne.

Sur le front existe une *éruption papuleuse, papulo-croûteuse* et même *tuberculo-croûteuse*, très prurigineuse, qui borde la limite des cheveux et s'avance vers la ligne médiane de quelques centimètres.

La nuque est occupée par une série d'éléments exulcéreux

et croûteux, formant un cercle à convexité inférieure constitué par une vingtaine d'éléments. Ce groupement circiné est à la limite du cuir chevelu. Il a tous les caractères d'une syphilide, que le grattage aurait modifiée.

Les placards éruptifs du front et de la nuque sont très prurigineux. Voici les renseignements que nous a donnés M. Sauvaneau sur l'examen des yeux.

Oeil droit, sensiblement normal, très léger astigmatisme mixte. Acuité visuelle faible.

Oeil gauche diminué de volume, mou, en strabisme interne. La cornée présente à son pourtour un cercle blanchâtre d'aspect scléreux, plus large à la partie inférieure. *L'iris est changé de couleur, d'un roux grisâtre. La pupille est déviée en bas et en dehors et de forme ovale.* On voit, à travers, le cristallin cataracté. La malade y voit fort peu de cet oeil.

La lèvre supérieure est mal développée, elle ne recouvre pas complètement l'arcade dentaire supérieure; défaut d'accommodation des deux arcades dentaires.

Pour les dents on a noté: 1° la *mauvaise implantation* des dents tant à l'arcade dentaire supérieure qu'à l'inférieure; 2° *malformation dentaire*: le *nanisme des dents incisives* supérieures, l'incisive médiane gauche présente un début d'échancrure en croissant; *absence de l'incisive latérale droite*. Atrophie de la canine latérale gauche, et *amorphisme* d'une des grosses molaires supérieures.

A l'arcade inférieure, les *dents incisives sont petites*, déjà fortement *usées*; leur extrémité libre n'est pas coupante, tranchante comme celle des dents normales, mais aplatie et émoussée sur les bords.

Ce qui domine c'est l'infantilisme dentaire.

Il existe de l'adénopathie sous-maxillaire et cervicale, et dans la région sous-maxillaire droite des cicatrices d'abcès anciens.

13 mai. — Les éléments se sont rapidement modifiés à la suite d'une pommade à l'oxyde de zinc, il en est de même des éléments du front et des lèvres. La malade a été soumise depuis 4 jours à un traitement (2 pilules de Dupuytren et 3 grammes d'iodure).

Sensibilité très émoussée par places; il est nécessaire de faire une piqûre profonde pour provoquer une sensation de douleur.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine ni de sucre.

OBSERVATION IX (personnelle)

H..., âgé de dix ans.

Amené à la polyclinique pour une petite grosseur, sans caractère, siégeant au médus de la main droite.

Le faciès de l'enfant est frappant; très chétif, tissu adipeux très peu développé, circulation veineuse supplémentaire très développée, surtout au front, qui est bombé.

Renseignements insuffisants sur les antécédents de la famille; la mère, bien portante, ne présentant aucune trace de syphilis, affirme n'avoir jamais eu d'éruption et ne peut nous renseigner à cet égard sur son mari.

Elle a eu neuf grossesses et une fausse-couche de 4 mois 1/2; il ne lui reste que trois enfants vivants; deux d'une santé médiocre et notre sujet. *Six enfants sont morts en bas-âge* sans que la mère puisse nous indiquer la cause du décès.

L'enfant qu'elle nous amène est petit pour son âge, d'intelligence médiocre; *il n'a marché qu'à 17 mois; a parlé à 15 mois et n'avait alors que deux dents.* Présente en arrière une légère scoliose et des traces d'incurvation rachitique des jambes, mais pas de chapelet costal et pas de resserrement de la poitrine.

Aucune trace de cicatrice sur le corps ni à la région circumbuccale.

Ce qui frappe surtout c'est le mauvais état des dents; mauvaise implantation des dents, affectant les directions les plus variées et semblant avoir poussé sans ordre. Les incisives médianes supérieures ont leur sommet, coupé en *forme de scie*; les incisives latérales supérieures manquent. — Atrophie de la canine droite et des incisives inférieures; plusieurs dents déjà envahies par la carie; la première molaire gauche de la mâchoire inférieure présente une surface triturante usée.

Rien du côté des viscères; sensibilité conservée. Un autre enfant que nous avons pu examiner a eu les mêmes retards dans la marche que son frère, ainsi que dans sa croissance; de plus il est très nerveux et présente des dystrophies très caractéristiques; il a de plus des accès de somnambulisme.

OBSERVATION X (personnelle).

Marie H..., âgée de 4 mois, est amenée à la consultation par sa mère, pour une éruption sur le corps.

Père syphilitique.

La mère a eu un chancre vulvaire deux mois avant d'être enceinte, et à la sixième semaine de la grossesse elle présentait des plaques muqueuses à la vulve et sur les amygdales. Elle a été traitée pendant toute sa grossesse.

L'enfant est bien développé, bel enfant, sans autre signe de dystrophie que le front légèrement bombé. On observe en outre une éruption de syphilides papuleuses, siégeant surtout aux membres inférieurs et localisée à la partie antéro-interne des cuisses et à la partie interne des jambes. La plante des pieds est indemne. L'éruption prend un caractère papulo-érosif sur les fesses et les parties postérieures des cuisses, surtout à la région interfessière et vulvaire. Syphilides papuleuses du front et de la région mentonnière et circumbuccale. L'éruption aurait débuté à l'âge de six semaines à la plante des pieds où, d'après la mère, la peau s'enlevait en nappe.

La mère a la syphilide pigmentaire du cou, elle n'a pas eu de fausses couches ni de grossesses antérieures. Elle a beaucoup de lait, ce qui expliquerait peut-être le bel aspect de l'enfant.

OBSERVATION XI (personnelle).

C...., âgé de 13 ans, nous est amené pour une fluxion de la face, ressemblant à un érysipèle. Nous sommes frappés par l'aspect de l'enfant. Bosses frontales, nez enfoncé, tuméfié, strumeux.

Le père, qui accompagnait l'enfant, avoue avoir eu la syphilis; sa femme, morte actuellement, aurait eu trois fausses couches successives pendant leur mariage; un enfant mort à l'hôpital Necker à la suite d'abcès du cou et du dos, sur la nature desquels nous n'avons pu avoir aucun renseignement; un autre enfant, une fille âgée de 16 ans, ne présente d'autres stigmates d'hérédo-syphilis que les taies d'une kératite ancienne; elle a louché et a été opérée du strabisme par le Dr Kalt, aux Quinze-Vingts. Elle n'est pas encore réglée.

Notre malade mesure comme taille 1^m34; il a marché à 17 mois et a parlé *très tard*, dit son père, *après 22 mois*. Le père ne peut pas préciser la date de l'apparition de la première dent. L'enfant aurait eu des convulsions dans l'enfance. A eu un écoulement d'oreille il y a quelques mois.

Ne présente aucune cicatrice sur le corps, ni autour des lèvres ; a les testicules petits, indurés ; verge extrêmement petite.

On ne relève rien du côté des yeux, ni par anamnèse, ni par l'examen à l'ophtalmoscope. Champ visuel conservé.

Dents : arcades dentaires normales.

Au maxillaire supérieur, l'incisive médiane droite cariée fut extraite il y a 6 mois ; l'incisive médiane présente un bourrelet : à moitié de sa hauteur et à sa partie inférieure elle est érodée, atrophiée. Au dessous du bourrelet on voit comme la trace de trois petits coups d'ongles. Les incisives latérales sont en forme de coin. Il existe un petit point érosif sur la pointe de l'incisive latérale gauche. Les deux canines ont leur sommet érodé ; elles offrent l'aspect d'un ovoïde surmonté d'une pointe aiguë. On voit que dans ces dents la lésion n'a porté que sur l'extrémité de la dent. La surface triturante des premières molaires est entièrement érodée.

Au maxillaire inférieur, les incisives médianes ont la surface triturante très usée. Les incisives latérales offrent en leur milieu un bourrelet horizontal limitant la partie saine ; au dessus la surface triturante est érodée.

Les canines ont la même lésion qu'au maxillaire supérieur : gros ovoïde surmonté d'une pointe aiguë. La surface des premières grosses molaires est entièrement érodée. Sur la grosse molaire inférieure droite on voit une série remarquable de sillons descendant des cuspides.

L'examen des oreilles n'offre rien de particulier.

OBSERVATION XII (personnelle).

Jon..., âgé de 7 ans et demi, vient à la consultation pour la pelade, mais notre attention est attirée sur lui par son état chétif et par ses bosses frontales très prononcées, ainsi que par son nez élargi à sa base. La mère nous dit qu'elle ignore si son mari a eu la syphilis ; mais elle l'aurait toujours vu avec des boutons qu'il qualifiait d'eczémas. Elle-même n'aurait jamais rien présenté, mais a eu deux fausses couches : la première de 4 mois, la deuxième de 3 mois, puis une fille, morte à 18 mois, du « carreau » ; celle-ci ne marchait pas, ne parlait pas encore et n'avait aucune dent (un médecin lui aurait fait

des incisions pour en déterminer l'apparition); cet enfant avait des convulsions et louchait beaucoup. Un autre enfant est mort en naissant.

On est frappé de la grosseur du crâne de notre malade en comparaison de la figure; le nez *est aplati*. L'enfant n'a *marché que tard*, à 17 mois. et *n'a parlé qu'après 2 ans*; l'apparition de la première dent a eu lieu de bonne heure. Il ne présente aucune cicatrice sur le corps ni sur la figure. Pas d'irrégularités à la surface des os des membres. — Taille, 1^m12.

Les testicules n'ont rien de spécial.

Du côté des oreilles, l'ouïe est normale, les oreilles normales.

Dents : Arcades dentaires normales, mais dents très mal plantées; amorphisme de plusieurs dents; premières molaires piquetées; absence de l'incisive latérale gauche. La mère ne peut nous dire si elle est tombée ou si elle a même existé.

Du côté des yeux rien de particulier.

Un autre frère du malade présentait aussi des stigmates évidents de syphilis héréditaire; il fait l'objet de l'observation suivante :

OBSERVATION XIII (personnelle).

Al..., frère du précédent, âgé de 11 ans.

Très chétif, la mère dit « qu'il n'arrivait pas à grandir ». Taille 1^m20. — Présente des cicatrices à la région trochantérienne.

Le palais est légèrement en ogive.

Mauvaise implantation des dents tant à l'arcade dentaire supérieure qu'à l'arcade dentaire inférieure. Les incisives médianes convergent l'une vers l'autre et présentent de légères érosions au sommet. La première molaire inférieure gauche est cariée; la première molaire inférieure droite est piquetée.

Il présente en outre une asymétrie faciale très nette et un strabisme convergent.

L'ouïe est normale; on ne remarque aucune lésion de l'oreille ni des yeux.

OBSERVATION XIV (personnelle)

F..., âgé de 15 ans, vient nous consulter pour une perforation de la voûte palatine.

La mère, qui accompagne l'enfant, ne peut nous fournir aucun renseignement sur les antécédents de son mari, sinon qu'il est atteint de psoriasis depuis de longues années. Elle-même n'aurait jamais eu aucune maladie de la peau et a été toujours bien portante, sauf des migraines fréquentes.

A eu 7 grossesses, dont 5 *enfants morts en bas-âge*. Un à la suite du croup; un autre à 6 semaines d'athrepsie; un troisième de la méningite; un quatrième à 7 jours et un cinquième à 1 mois 1/2, sans cause apparente.

L'enfant qu'elle nous présente a le squelette assez bien développé et n'a aucune irrégularité des os des membres.

L'enfant est né à terme, a le coryza depuis sa naissance. A marché à 15 mois et a parlé à temps; l'apparition de la première dent a été tardive; à 18 mois il n'avait encore aucune dent.

N'a pas fait de maladies, excepté la fièvre muqueuse.

Ses oreilles ont coulé et coulent encore.

En l'examinant, on voit qu'il paraît *au-dessous de son âge*; sa taille est de 1^m35.

Il a le front légèrement bombé.

Il porte sur le corps de nombreuses cicatrices; celles de la région trochantérienne paraissent être celles de Parrot.

Pas de cicatrices circumbuccales.

Le corps est encore glabre, dépourvu de poils aux parties génitales et à l'aisselle; la verge est petite pour son âge, même réduite. Les testicules sont petits, presque atrophiés.

Les yeux présentent une malformation congénitale; l'iris de l'œil droit est décoloré et contraste avec la coloration en bleu de celui de l'œil gauche, ce qui constitue la variété appelée l'œil vairon.

Ne présente rien du côté du fond; vu du côté des muscles de l'œil, le champ visuel est normal; la vue est bonne.

Du côté du nez, il présente une rhinite chronique et de la difficulté à respirer.

Du côté de la bouche, la voûte est très ogivale, perforée sur une longueur de 8 millimètres environ et sur une largeur de 2 millimètres. La perforation, datant de 6 mois, commence à une distance de 3 centimètres de l'arcade dentaire.

La courbe dentaire supérieure, normale en apparence, est débordée en avant par les deux canines qui n'ont pas trouvé

leur place normale. Ces canines sont remarquables par leur forme bicuspidée bien marquée.

Les incisives médianes supérieures ont la forme Hutchinsonienne, type ovoïde dans le pôle inférieur et coupé par un *coup d'angle*. Les incisives latérales ne présentent rien de particulier.

Les premières grosses molaires supérieures très volumineuses ont leur surface triturante érodée. Les autres dents supérieures sont normales.

La courbe de l'arcade dentaire inférieure n'a rien de particulier. Les incisives médianes inférieures ont leur surface triturante usée. Les canines sont plus émoussées que d'ordinaire. Les premières grosses molaires très cariées n'existent plus qu'à l'état de racines.

Rien du côté des viscères.

La sensibilité est normale; les réflexes sont conservés.

L'examen des oreilles relève une otite moyenne supérieure droite.

OBSERVATION XV (personnelle).

Foul..., 4 mois 1/2, est amené par sa mère pour une éruption qu'il présente sur tout le corps.

La mère a été contaminée, il y a 3 ans, par son mari syphilitique. Elle a été traitée régulièrement.

Elle a eu deux grossesses : premier enfant à 8 mois, mort-né et macéré; deuxième grossesse, enfant actuel, né à terme.

La mère a la gale ainsi que le père de l'enfant. L'enfant très faible, au tissu adipeux très peu développé, au front ridé, au cri lent, a le front bombé, le nez légèrement aplati et déjeté; circulation veineuse supplémentaire au front.

L'éruption qu'il présente est très complexe. Sur le menton, dans la région circumbuccale ainsi qu'à la région rétro-auriculaire, elle prend l'aspect de placards erythémato-squameux; aux aisselles, sur le thorax, les mains et les doigts, elle est caractérisée par des éléments papulo-pustuleux qui lui donnent l'aspect de la gale pustuleuse. Les bras et surtout le bras droit, à sa face externe, sont couverts de placards papulo-squameux agglomérés.

Ce n'est que sur les fesses et sur les parties internes des cuisses que l'éruption prend le caractère spécifique et est formée d'éléments papulo-érosifs.

A la suite du traitement par la liqueur Van-Swieten et l'iodure de potassium, l'éruption s'est améliorée en peu de temps.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Ru..., âgée de 9 ans 1/2.

Envoyée dans le service par M. le professeur Raymond.

Le père de l'enfant, ancien syphilitique, tabétique depuis plusieurs années, est mort depuis 8 mois; il a été traité par MM. Charcot et Raymond.

La mère a eu quatre grossesses; la première il y a 10 ans, enfant mort et macéré; la deuxième, enfant mort à 2 mois sans cause apparente; la troisième, enfant bien portant; la quatrième, notre malade.

L'enfant est maigre, lymphatique, a de nombreux ganglions cervicaux. La mère ne peut nous fournir des renseignements sur sa première enfance, l'enfant ayant été en nourrice jusqu'à 22 mois. N'a jamais eu d'affections des yeux ni d'écoulement d'oreilles. Il porte une série de cicatrices, groupées en cercle, sur la partie antérieure des cuisses; d'autres cicatrices sont disséminées sur le reste du corps.

Pas de bosses frontales. La voûte du palais est en ogive avec une exostose mélio-palatine énorme; on trouve aussi une série de traces cicatricielles d'anciennes ulcérations du palais.

Rien du côté des arcades dentaires; mauvaise implantation des dents; irrégularité dentaire; les incisives médianes supérieures ont le sommet coupé en croissant et présentent le type d'Hutchinson; l'incisive latérale gauche est déplacée et portée en avant. A la mâchoire inférieure, l'incisive médiane droite est naine et l'incisive latérale gauche manque. Les canines temporaires, qui ont dû être érodées, sont très cariées sur tout au collet.

La première molaire temporaire, et les deux secondes molaires temporaires ont leur surface triturante usée en forme de plateau. Les molaires de 6 ans n'ont pas évolué à la mâchoire inférieure.

Rien du côté des yeux, ni des oreilles. Enfant très nerveux: sensibilité légèrement diminuée par places.

Du côté des poumons, l'inspiration est rude et basse; l'expiration prolongée. Rien du côté des autres viscères.

Impétigo du cuir chevelu. Taille 1 mètre 12.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Yvonne M..., âgée de 5 mois, est amenée à la consultation de la polyclinique, par sa mère, pour une éruption sur le corps,

Enfant né à terme ; nourri par sa mère ; n'a présenté aucune éruption à sa naissance ; coryza depuis sa naissance.

A l'âge de six semaines aurait eu une éruption sur tout le corps avec prédominance, d'après ce que dit la mère, sur les membres inférieurs et sur la figure ; elle a disparu à la suite d'un traitement anti-syphilitique ; mais incomplètement dans la région des fesses.

A l'examen, on voit que l'enfant, *assez bien développé*, présente l'aspect d'un *bel enfant*, assez gros, *au cri fort* ; mais il a des *bosses frontales très exagérées*, qui *contrastent énormément* avec son *nez écrasé à la racine* ; le front est le siège d'une *circulation veineuse supplémentaire*. On remarque sur le corps des traces d'une éruption presque effacée déjà en partie ; mais sur la région des fesses, la région vulvaire, la partie interne des cuisses, l'éruption subsiste encore et est caractérisée par des éléments papulo-érosifs. Traces de fissures circumbuccales ; rate grosse.

La mère ne porte aucune trace de syphilis, malgré l'examen le plus minutieux ; elle-même nous affirme n'avoir jamais eu aucun accident.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

Br..., âgée de 12 ans, vient dans le service de la polyclinique pour des pertes blanches remontant à 2 ans.

La mère a été traitée longtemps à l'iodure de potassium et par la pommade de calomel pour des ulcérations à la vulve ; mais l'examen actuel ne révèle aucune trace de lésion spécifique. Elle a eu 4 grossesses et une fausse couche : un enfant mort en bas-âge. Elle ignore si son mari a eu la syphilis.

Enfant très chétif, lymphatique, avec de nombreux ganglions cervicaux ; ne paraît pas assez développée pour son âge ; a grandi très lentement et a marché à 17 mois à peine, n'a parlé qu'après 3 ans. La mère ne se souvient pas de la date

d'apparition de la première dent; n'a jamais eu de maladie, mais écoulements d'oreilles sans affection des yeux.

L'enfant présente le *front bombé*, la *voûte palatine ogivale*, des cicatrices linéaires commissurales. Pas d'autres cicatrices sur le reste du corps.

Dystrophie dentaire remarquable; érosions en nappe aux incisives médianes supérieures; incisives inférieures à sommet coupé en plateau; les prémolaires ont leur surface triturante érodée.

Rien du côté des yeux, même à l'examen ophtalmoscopique; l'examen des oreilles n'a pas été fait à cause d'un bouchon de cérumen et renvoyé à une autre fois; mais la malade n'est plus revenue. Rien du côté des viscères. Sensibilité normale.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Marie M..., âgée de deux mois et demi.

La mère a eu la syphilis (chancre vulvaire, roséole, plaques muqueuses) il y a quatre ans. Elle s'est bien traitée.

Un an après la contamination, elle accoucha à terme d'un garçon bien portant qui ne porte d'autre stigmate d'hérédosyphilis que le front bombé et les testicules durs; pas d'altération dentaire.

L'enfant actuel a eu le coryza depuis sa naissance, et présente sur le corps, principalement sur les membres inférieurs, une éruption constituée par des placards papuleux et papulo-squameux, recouvrant de préférence la partie antéro-interne des cuisses et la partie interne des jambes.

L'éruption est formée d'éléments papulo-érosifs lenticulaires dans la région péri-anale ainsi que dans les plis inguinaux. Le reste du corps est indemne. L'éruption commence par des éléments papuleux qui deviennent ulcérés par places.

L'enfant a un bel aspect, et est assez bien développé.

Il a le front bombé et le nez aplati et déjeté.

Elle n'a pas eu de fausses couches; l'enfant actuel est de sa première grossesse.

Le père de l'enfant est syphilitique et a contracté la syphilis il y a trois ans en Algérie.

A la suite du traitement mercuriel sous forme de frictions, l'éruption va en diminuant et au bout de deux semaines l'enfant était presque guéri.

OBSERVATION XX

(prise avec M. Canuet, interne du service).

Honorine M..., âgée de 53 ans, blanchisseuse, entre à la salle Henri IV, lit 37, le 25 avril 1896. La malade ne peut donner aucun renseignement sur les maladies faites par sa mère, et ne signale rien au sujet de son père ; sur six enfants issus de cette famille, il n'en reste que quatre ; l'un est mort à l'âge de six ans de *convulsions* ; une sœur *épileptique*, est morte à 24 ans ; trois frères sont vivants et bien portants.

Les antécédents personnels sont plus intéressants. Elle a eu dans son enfance des *convulsions* qui se sont prolongées jusqu'à six ans. A onze ans, elle reste couchée plusieurs semaines pour une maladie fébrile dont on ne put déterminer la nature. Il y a quatre ans, elle a été soignée pour des douleurs rhumatismales. Elle n'a été en retard ni pour marcher, ni pour parler. Son développement semble s'être fait régulièrement.

C'est à l'âge de 22 ans qu'est apparue pour la première fois, à la jambe gauche, une « plaie » qui est restée ulcérée quelque temps, puis s'est fermée à la suite d'un traitement local.

A 32 ans, l'ulcération reparait et guérit de nouveau à la suite de pansements occlusifs au diachylon.

A 42 ans, elle est encore soignée pour un accident semblable aux précédents ; à partir de ce moment jusqu'à il y a dix-huit mois, l'ulcération se cicatrise et se reproduit plusieurs fois.

Il est impossible d'obtenir les commémoratifs de syphilis acquise.

Actuellement, la malade est affaiblie, anémiée, amaigrie, et présente une série de stigmates qu'on peut rapporter à l'hérédosyphilis. Ce sont :

Des cicatrices ;

La vulnérabilité dentaire ;

Les malformations oculaires.

On trouve au bras droit cinq cicatrices ; l'une occupe le creux de l'aisselle, une seconde siège au niveau de l'articulation du coude (région épitrochléenne) ; une troisième à la face antérieure de l'avant-bras ; une quatrième au niveau du poignet ; enfin,

une dernière à la face dorsale du pouce. Sur ces différents points, la malade aurait eu, à l'âge de 11 ans, une série de tuméfactions qui se seraient abcédées après avoir atteint, pour les plus volumineuses, la grosseur d'un œuf de poule. Le bras gauche ne présente rien. On voit au cou, du côté droit, une cicatrice analogue à celles du bras. Au niveau de la ceinture, on remarque plusieurs petites cicatrices blanchâtres, sur l'origine desquelles la malade ne peut rien dire. A la région lombaire, dans sa partie inférieure, à la fesse droite, cicatrices d'étendue variable.

La vulnérabilité dentaire a été complète, absolue; à 53 ans, *la malade n'a plus une seule dent*; quelques-unes sont tombées spontanément dès l'âge de 19 ans, d'autres, cassées et douloureuses, ont été arrachées.

En examinant la bouche on voit aussi que le voile du palais est court, peu mobile; au niveau de son insertion supérieure, de chaque côté de la ligne médiane, il existe deux petites dépressions cicatricielles peu marquées, celle de gauche est la plus accusée.

Les malformations oculaires se résument ainsi :

Ectopie pupillaire.

Iridodonésis.

Luxation du cristallin.

Lésions du fond de l'œil.

Les pupilles n'occupent pas leur place normale (*corectopie*), elles sont déviées : la droite en haut et en dedans ; la gauche, directement en haut. Elles sont inégales, la droite est la plus petite.

Les iris présentent un tremblement très marqué (*iridodonésis*). Par la simple inspection, au moindre mouvement des globes oculaires on voit balloter les iris. Leur couleur est vert bleuâtre, mais ils présentent des points plus pigmentés et colorés en roux siégeant dans la grande zone périphérique.

L'examen complet des yeux a été fait par le Dr Sauvinau; voici ce qu'il a constaté après dilatation par l'atropine :

(Œil gauche. — Le cristallin est luxé en dedans et un peu en bas, il paraît aussi incliné en arrière par sa partie supérieure; il est transparent, mais non d'une transparence parfaite.

Il existe au fond de l'œil, près et en dehors de la papille optique, *une tache atropique choroidienne blanche*, présentant en son milieu et sur ses bords *des amas pigmentaires*.

Œil droit. — La pupille se dilate beaucoup moins bien et ne laisse pas voir le bord du cristallin, mais on voit nettement le fond de l'œil qui présente de nombreuses taches d'*atrophie choroidienne* avec amas pigmentaires.

L'examen des oreilles n'a rien donné de particulier.

Quant à la lésion qui amène la malade à l'hôpital, c'est une vaste ulcération de la jambe gauche. La plaie intéresse tout le tour de la jambe et mesure 28 à 30 centimètres dans son plus grand diamètre vertical. Son fond est bourgeonnant, fongueux, rougeâtre sur certains points, crémeux et jaunâtre sur d'autres qui prennent un *aspect bourbillonneux* spécial; on peut compter quatre de ces foyers bourbillonneux.

Les bords taillés à pic sont remarquablement sinueux, composés de *lignes courbes* s'ajoutant bout à bout, pour décrire dans leur ensemble un *trajet arciforme*. La configuration exacte de l'ulcération est difficile à donner à cause de l'irrégularité des bords.

En effet, on voit le bord inférieur atteindre en dedans la malléole interne, remonter en avant jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, redescendre brusquement vers la malléole externe, puis s'élever de nouveau pour franchir la ligne médiane postérieure à 10 centimètres au-dessus du talon, et enfin regagner la malléole interne.

Le bord supérieur, dans son ensemble, forme un angle à sommet inférieur empiétant fortement sur la partie antérieure de l'ulcération, et décrit un peu au-dessous des tubérosités tibiales deux arcades à concavité inférieure et à peu près symétriques.

En dehors des bords, il existe une zone d'inflammation de peu d'étendue et de peu d'intensité, au niveau de laquelle la peau n'est pas épaissie et ne présente pas de pigmentation particulière.

Le membre, dans son ensemble, est œdématié, le pied surtout. Il n'y a *pas de varices notables*. Le membre droit ne présente pas d'ulcération, mais on y constate un léger degré d'œdème.

Le malade ne se plaint que de sa jambe; on ne trouve rien au poumon ni au foie; les bruits du cœur sont sourds, et à certains moments on peut constater un peu d'érythème, ce qui aurait fait autrefois ordonner à la malade de la digitale.

Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

Après dix jours de traitement par l'iodure de potassium et par le repos (qui d'ailleurs n'a pas été absolu), l'aspect de l'ulcération s'est entièrement modifié : les points bourbillonneux ont disparu, le fond, nettoyé, rouge vif, bourgeonne et n'est plus déprimé, les bords se réparent rapidement, l'étendue de la lésion a notablement diminué.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire ne se traduit pas par des lésions purement syphilitiques ; au contraire, le plus souvent elle consiste en une série de manifestations causées par une perturbation profonde de la nutrition, par une influence dystrophique ;

2° Tantôt elle arrête le développement du produit de la conception dans l'utérus et devient cause des accouchements prématurés et de la mort du fœtus à divers âges ; quelquefois elle tue le fœtus sans lésions ; elle le tue seulement en vertu d'une débilité native qui ne lui laisse pas assez de force pour vivre ;

3° Tantôt elle arrête le développement de certains organes : des testicules, de l'ovaire, même du cerveau en créant des sujets qui manquent d'intelligence ; des imbéciles et des idiots ;

4° Quelquefois son influence reste limitée ; elle crée des malformations diverses : malformations dentaires, nasales, oculaires ; bec-de-lièvre, hydrocéphalie, pied-bot, etc.

5° Quelquefois enfin, son influence néfaste porte sur tout l'être qu'il frappe d'une déchéance organique tellement profonde qu'elle abaisse l'individu jusqu'à l'infantilisme et même le nanisme ;

6° Ces manifestations dystrophiques pourraient être comparées aux manifestations dystrophiques analogues provoquées expérimentalement sur les animaux par l'injection de diverses toxines.

Vu par le Président de la Thèse,
A. FOURNIER.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS (R). Analysis of one hundred and twenty cases of congenital syphilis in children. — British Med. J. n° 3, XVIII, p. 279-283.
- ARTAUD DE VINEY. — Action de l'infection des générateurs sur les descendants. — Soc. de Biologie, Paris, 30 novembre 1895.
- D'ASTROS. — Syphilis cérébrale, héréditaire, précoce. — Marseille Méd., 1891, p. 789-801.
- D'ASTROS. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon. — Marseille Méd., 1891, p. 801-805.
- D'ASTROS. — Hydrocéphalie hérédo-syphilitique. — Revue mens. des maladies de l'enfance, Paris, 1891, p. 481-543.
- D'ASTROS. — Sclérose cérébrale et hydrocéphalie, janvier 1895.
- BAR. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. — Thèse de Paris, 1881.
- BARTHÉLEMY. — Die visceralen Formen der syph. heredit. tard. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien, 1884.
- BEACH FLECHTER. — A lecture of the influence of hereditary predispo. in the production of imbecillity. — British Med. J., 28 mai 1887.
- BERNE. — Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. — Thèse Paris, 1884.
- BLAISE. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.
- BOULANGIER. — De la syphilis infantile. — Presse méd. belge 1893, p. 381.
- BOURNEVILLE. — Sclérose céréb. hypertroph. ou tuberculose compliquée. — Progrès méd., 29 fév. 1895.
- BRIDIER. — Thèse de Paris, 1893.
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerv. — Salpêtrière, 1893-94.
- BROCA. — Bec-de-lièvre compliqué de la lèvre supérieure. — Paris, 1887.
- BROCA. — Art. Bec-de-lièvre. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, V. p. 26.
- BUHE. — Zur Lehre von heredit. Lues. — Thèse Berlin, 1839.
- BURY JUDSON. — The influence of hereditary syphilis on the production of idiocy or dementia. — Brain, London, 1883-84, p. 44-66.

- CHARRIN et GLEY. — Difformités congénitales expérimentales. — Compt.-rend., Soc. de Biol., Paris, 1895, p. 705.
- CHARRIN et GLEY. — Influence de l'infection sur la descendance, p. 727, Archives de Physiol., 1893, 1894, 1895.
- COMBY. — Le rachitisme. — Paris, 1892.
- CRITCHETT. — Case of idiocy in connection with in inherited syphilis. — Med. Times et Gaz. London, 1860.
- DESCHAMPS. — Atrophie des dents chez les syphilitiques héréditaires. — Thèse de Paris, 1882.
- DIDAY. — Art. « Syphilis hérédit. ». — Dict. Dechambre, t. XIX.
- DYSMANN. — Die Hasencharte der Bönner Klinik in der letzten. — 20 jahren, thèse de Bonn, 1884.
- ERLENMEYER. — Klin. Beitrage zur Lehre von der congen. syphilis. Zeitschr. f. Klin. med., 1891, p. 343.
- ERLENMEYER. — Ueber eine durch congenit. syph. bedingte Gehirn Erkrank. — Centralbl. f. Nerv. u. Psych., 1891, p. 457.
- FANEAU DE LA COUR. — Le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux. — Thèse Paris, 1871.
- FINGER. — Die syphilis als Infectionen Krankh. — Arch. f. Dermat. et Syph., 1886.
- FINGER. — La syphilis. — Trad. franc. par Doyon et Spillmann. 1895.
- FOURNIER. — L'hérédité syphilitique. — Paris, 1891.
- FOURNIER. — Les affection parasymphilitiques. — 1894.
- FOURNIER. — Syphilis et mariage. — Paris, 1890.
- FOURNIER. — La syphilis héréditaire tardive. — Paris, 1886.
- FOURNIER. — Les stigmates de l'hérédosyphilis, la triade d'Hutchinson. — Presse méd. 1894, n° 16 et 18.
- FOURNIER. — Comment il faut concevoir la syphilis de nos jours. — Bulletin méd. 1896, n° 35 et 36.
- FOURNIER. — Influence dystrophique de la syphilis héréditaire. — Médecine Mod. 1889-90.
- FUCHS. — Riesenwuchs bei hered. syph. Wiener Klin. Wochens. — 1895.
- GALEZOWSKI. — Sur la syphilis oculaire héréditaire. — Soc. franç. de Dermat. et syph., 15 novembre 1894.
- GARDIÉ. — Non développement syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle. — Thèse Paris, 1889.
- HAGENBACH. — Burckhard. Zur Aetiologie der Rachitis. — Berlin Klin. Wochensch. 1895, p. 449.
- HANOT. — Sur les maladies progressives. — Bull. méd., 1895, 26 février.

- HELLER. — Ein Fall von chronischer Hydrocephalie bei hereditare syph.
— Deutsche Med. Wochens. 1892, p. 608-611.
- HERRMANN. — Beitrage zur Statistik u. Behandlung der. Hasencharte. —
Thèse de Breslau, 1884.
- HOCHSINGER. — Die Schicksale der Kongenit. Syph. Kinder Wien, Med.
Wochens. 1889, p. 1716, 1748, etc.
- HOMOLLE. — Art « Syphilis héréd. ». — Dict. Jaccoud, T. XXXIV.
- HUDELO. — Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syph.
héréd. — Thèse Paris, 1889-90.
- HUDELO. — Du foie hérédo-syphilitique. — Gaz. hebdomadaire, 29 août 1891, p. 413.
- HUGHLINGS-JACKSON. — J. of Ment. Sc. 1875.
- JACOB WILHELM. — Ueber die Ursache des Kongenit. Klumpfusses. —
Thèse de Strasbourg, 1885.
- JULLIEN. — Malformations des maxillaires dans la syphilis héréditaire.
— Bull. Soc. de Dermat. et Syph. Paris, 1894, p. 383.
- KASSOWITZ. — Zur Lehre des Rachitis. — Wiener med. Wochens., 1889,
p. 1081, 1124, etc.
- KIESSLER. — Zur Aetiologie des Angeborenen Klumpfusses. — Thèse de
Berne, 1886.
- LANNELONGUE. — Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de
vue de leur pathogénie. — Arch. gén. de Méd., 1883.
- LEGRAIN. — Les signes extérieurs de la folie. — Presse méd. 1895, p. 501.
- LEGRUIN. — Syphilis héréditaire et malformations congénit. — Soc. de
Biol. Paris, 1895.
- LEPLAT. — Syphilis dentaire. — Thèse, Paris, 1891.
- LIENHARDT. — Zur Kenntniss der Hered. Lues. — Thèse de Einseideln, 1884.
- MEIGE. — L'infantilisme, féminisme et les hermaphrodites antiques. —
Anthropologie, 1895, p. 257, 414, 529.
- MEIGE. — Infantilisme chez la femme. — Nouvelle Iconog. de la Salpê-
trière, 1895, p. 218.
- MENDEL. — Ueber heredit. Syph. u. Geisteskrankh. — Arch. f. Psychiat,
u. Nerv. 1863-69.
- MENDELSON. — Welschen Einfluss hat die Lues der Eltern auf die
Schwangerschaft. und Frucht. — Thèse de Wurzburg, 1887.
- MEYER OTTO. — Ueber Hydrocephalus. — Thèse de Zurich, 1894.
- MOREAU. — Sur quelques expériences relatives à l'hérédité morbide. —
Soc. de Biol., 7 déc. 1895.
- MULLER. — Zur Lehre von heredit. Syph. — Thèse Berlin, 1888.
- NEGRIÉ. — Hydrocéphalie syphilitique congénitale. — J. de méd. de
Bordeaux, 1888.

- NEUMANN. — Syphilis und Vererbung. — Wien. Med. Press, 1892.
- NOBEL. — Riesenwuchs bei heredit. syphilis. — Wien Med. Press, 1895, p. 1104.
- PIPER. — Zur Aetiologie der Idiotie. — Berlin, 1893.
- POLLAK. — Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei heredit. syph. — Deutsch. Med. Wochens. 1896.
- POLLAK (W). — Einige Bemerkungen über Syphilis der Kinder. — Wien. Med. Wochens. 1890.
- PUJOL. — Contribution à l'étude des rapports du pied-bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. — Thèse de Paris, 1889-90.
- REUTER. — Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei heredit. syphilis. — Deutsche Med. Wochens., 1895.
- ROHRER. — Ein Fall von Zwerghaftigkeit als Beiträge zur Aetiologie der Wachsthumshemmung. — Arch. f. Anat. Pathol. et Physiol., 1885, vol. 101.
- ROUSSEL. — De la syphilis tertiaire dans la seconde enfance. — Thèse de Paris, 1881.
- ROUSSEL. — Dents d'Hutchinson et ichthyose. — Loire méd., 1894, p. 67-77; 1895, p. 223-228.
- SANDOZ. — Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire. — Thèse de Genève, 1886.
- SAVAGE. — Internat. Med. Congress of 1887. — Discussion sur la syphilis et sur ses rapports avec l'aliénation mentale.
- SANNE. — Art. « Hydrocéphalie ». — Dictionnaire Dechambre.
- SCHWABE. — Syphilis du placenta. — Thèse de Paris, 1896.
- SILEX. — Pathognomonische Kennzeichen der Kongenitalen Lues. — Berlin. Klin. Wochens., 1896, p. 139, 162.
- SILEX. — Id. Discussion de la Soc. méd. de Berlin, 1896, 5 février.
- SIRENA. — Osservazioni anatomo-pathologiche sul cadavere di un gigante. — Riforma med. 1894, p. 783.
- SOLLIER (Alice). — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Thèse Paris, 1887.
- STOBWASSER. — Ueber die Hasenscharte. — Thèse de Göttingen, 1883.
- STRASSMANN. — Missbildungen. — Arch. f. Gynäk., Berlin, 1894, p. 454-466.
- WERTHER. — Ueber Osteitis deformans infolge von. syph. heredit. — Deutsche Med. Wochens., 1891, p. 802.
- WOLFF. — Vererbungen von Infektionskrankh. — Internat. Beiträge zur Med. Bd. 111.
- WOLFF. — Vererbungen von Infektionskrankh. — Arch. f. Virchow, vol. 112.
- WOLFF (A.). — Ueber syphilis heredit. tard. — Sammlung Klinische Vortr. 1888, p. 2508.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
PATHOGÉNIE.	12
MANIFESTATIONS DE L'INFLUENCE DYSTROPHIQUE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE	13
Influence de l'hérédité syphilitique sur le placenta	13
Arrêts ou retards de développement physique.	22
Malformations congénitales diverses.	31
Malformations crâniennes et nasales.	33
Malformations des membres et des doigts	36
Malformations oculaires	36
Malformations dentaires	38
Malformations par arrêt de développement.	47
Bec-de lièvre	49
Hydrocéphalie.	53
Pied-bot	54
RACHITISME	56
INFLUENCE DYSTROPHIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS SUR LE CERVEAU	59
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	72
DIAGNOSTIC	77
TRAITEMENT.	77
OBSERVATIONS	79
CONCLUSIONS	103

